PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE :

Généralités, Etiopathogénie et Classifications

Les objectifs :

- Savoir définir :
  - La psychiatrie
  - Le trouble mental
- Enumérer les différentes théories expliquant les causes de troubles mentaux
- Comparer le contenu des classifications
- Retenir certaines particularités du DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

I- DEFINITION :

La psychiatrie est une branche de la médecine qui s'intéresse à l'étude, au diagnostic, au traitement et à la prévention des troubles mentaux.

Le trouble mentale est toute altération de l'activité psychique. C'est une rupture d'équilibre du fonctionnement, pouvant se manifester sous forme de :

- Symptômes : angoisse, insomnie,…
- Syndromes : dépressif, délirant,…
- Entités : troubles panique, schizophrénie,….

II- ETIOPATHOGENIE :

Les causes des troubles mentaux sont bio-psycho-socio-environnementales. Leur étude se base sur des hypothèses explicatives, changeant d'une époque à l'autre.

Il existe plusieurs facteurs intervenant dans la genèse du trouble mentale :

A/ les facteurs biologiques :

1- Les anomalies biologiques et trouble mental :

- Les neurotransmetteurs en cause :
- 5 HT : Sérotonine (5 Hydroxy-triptamine)
- Noradrénaline (NA)
- Dopamine (DA)
- GABA : Acide gamma-amino-butirique
- Acethylcholine ±
- Les arguments en faveur :

1-1 les perturbations des dosages :

De ces neurotransmetteurs, de leurs précurseurs ou catabolites, dans le sang, le liquide cephalorachidien, les urines. Les perturbations peuvent être des déficit, un excès ou une variabilité.

1-2 l'efficacité des psychotropes :

Par exemple :

- la sertraline, qui est un antidépresseur, dans la dépression
- l'olanzapine, qui est un antipsychotique, dans la schizophrénie
- l'alprazolam, qui est une benzodiazépine, dans l'anxiété

1-3 les hypothèses du mécanisme d'action :

En cas de dépression majeure, on une diminution du 5 HT et de la NA dans la fente synaptique. L'administration des antidépresseurs, augmente le taux des 5 HT et de la NA, s'opposant ainsi au retour des neurotransmetteurs.

2- Les anomalies génétiques et troubles mentaux :

Les arguments en faveurs sont :

- Le caryotype : exemple la trisomie 21 comporte des troubles mentaux associés à une anomalie génétique du nombre
- Les arguments épidémio-statistiques (hérédité) :
  L'exemple est celui de la schizophrénie :
  Le taux de morbidité sur la vie est de 1% dans la population générale
  Le risque est multiplié par 10 chez les parents d'un SZP, et par 20 chez les faux jumeaux et par plus de 50% chez les vrais jumeaux.

3- Les anomalies paracliniques :

Le scanner, l'IRM, le Pet Scan et autre techniques radiologiques, révèlent l'association du trouble mental et :

- L'atrophie cérébrale
- Les dysfonctionnements métaboliques

B/ les facteurs psychologiques :

1- La psychanalyse :

Elle étudie le fonctionnement mental. C'est une étude d'un secteur ignoré par le malade lui-même (espace refoulé qui peut resurgir en cas de trouble mental). C'est une étude très profonde qui atteint l'inconscient de l'individu.

- L'inconscient est un processus existant à notre insu (rêves….), inaccessible.
- Les instances : Moi, Ca et Surmoi.
  Le ça : contient le désir, les pulsions instinctuelles, réclame satisfaction sans raisonnement.
  Moi entre les deux instances ça et Surmoi, c'est un résultat.
  Surmoi : règles, interdits,… ce qui est imposé par la société.

En cas de déséquilibre entre ces 3 instances il y'a souffrance du Moi

Explication psychopathologiques :

La psychanalyse utilise le concept psychanalytique pour expliquer le trouble mental

Exemple le trouble névrotique : le débordement du ça entraine des désirs excessifs en contradiction totale avec la réalité, ce qui génère un conflit ; malgré le refoulement du sujet. D'où l'émergence d'une angoisse dont l'origine reste inconnue car peut se focaliser sur d'autres symptômes : phobie…

Le trouble psychotique : il y'a le déni, le sujet refuse de reconnaitre sa maladie, en accusant les autres. D'où la naissance d'un délire.

2- Les théories cognitivo-comportementales :

2-1 le conditionnement pathologique :

Le conditionnement consiste en un comportement qui se répète chez un individu tant qu'il lui procure un certain bien-être ou un récompense. Exemple : l'effort récompensé par la réussite.

Ou à l'inverse, l'inhibition réflexe d'un comportement en vue de chercher du bien être. Exemple la punition pour ne plus refaire l'acte. C'est ce qu'on appelle le réflexe pavlovien répondant et le réflexe skinérien opérant. Le tabagisme, la toxicomanie, l'alcool, offrent du bien être et une satisfaction, ce qui crée un conditionnement pathologique.

2-2 les cognitions négatives :

Une cognition est un monologue une pensée, une idée qui s'impose au sujet.

Les cognitions négatives sont l'ensemble des questions qui se posent à l'individu et auxquelles il répond négativement : monologues anticipatoires comme les idées d'échec ce qui entraine une dépression.

C/ les facteurs socio-culturels, environnementaux :

L'environnement familial (conflits), scolaire (compétition), et professionnel peuvent être à l'origine d'un événement stressant. Le stress peut être à l'origine de trouble mental sous forme de symptômes comme l'angoisse, voire une dépression ou de troubles psychosomatiques (RCH, Pelade,….).

III- CLASSIFICATION EN PSYCHIATRIE :

On distingue la classification classique, issue de la pratique et qui distingue la névrose, la psychose, les personnalités pathologiques et autres.

Les classifications modernes comme :

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (APA), le DSM IV et la CIM 10, c'est la classification internationale des maladies.

Nous présentons en sous un tableau comparatif des classifications

CLASSIFICATIONCLASSIQUE	DSM IV et CIM10
Névrose d'angoisse	Trouble panique Trouble de l'anxiété généralisée
Névrose phobique	Trouble phobique
Névrose obsessionnelle	TOC
Névrose traumatique	Etat de stress post traumatique
Névrose hystérique	Trouble somatoforme (conversion physique) Trouble dissociatif
Psychoses	Schizophrénie et autres troubles psychotiques
Psychose délirante aigue	Trouble schizophréniforme Trouble psychotique bref, induit
schizophrénie	schizophrénie
Paranoïa et autres psychoses (psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie)	Trouble délirant Trouble schizoaffectif

Psychose maniaco-dépressif Accès dépressif Accès maniaque	Troubles de l'humeur Trouble dépressifs Trouble bipolaires
Confusion mentale	délirium
démences	démences
Personnalités pathologiques	Troubles de la personnalité

IV- PARTICULARITES DU DSM IV ET DE LA CIM 10 :

A/ DSM IV :

Cette classification comporte 5 axes :

Axe I : troubles cliniques : TOC, SZP,….

Axe II : troubles de la personnalité

Axe III : affections médicales générales associées

Axe IV : problème psycho-socio-environnemental

Axe V : évaluation globale du fonctionnement par an précédent (ŒGF ou GAF « A pour Assessment)

B/ CIM 10 :

- Cette classification est organisée sous forme de codes. Chaque code comporte une lettre et un numéro. Exemple : la schizophrénie paranoïde est codée F20.0
- Les troubles mentaux et du comportement sont représentés par la lettre « F » (F00-F99). Ce chapitre comporte les groupes suivants : F00-F09 ; F10-F19 ; F20-F29…, jusqu'à F90-F99
- Le groupe F20-F29 représente celui de la schizophrénie, des troubles schizotypiques et troubles délirants. Il existe des sous groupes : F20, F20.0, F20.1,….etc.

Les troubles des conduites alimentaires

❖ *L'anorexie mentale*

I. Introduction

- comportements alimentaires perturbés avec une intense préoccupation pour la nourriture, le poids et la forme corporelle.
- Pathologie de la jeune adolescente.
- Pathologie grave avec mortalité importante : 15%
- Conduites anorexiques décrites au XIème siècle par Avicenne.

II. Définition

- Conduite de restriction alimentaire volontaire (lutte active contre la faim)
- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimum normal
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inf à la normale.
- Altération de la perception de la forme de son propre corps.

III. Epidémiologie

- Fréquence en progression.
- Age moyen de début autours de 15ans
- Plus fréquente dans les pays développés
- Touche 0,5 à 1% des adolescents ;
- Sexe ratio : 10 filles pour un garçon.

IV. Clinique :

- Pic de fréquence : 17ans
- Parfois facteurs déclenchant
- Triade classique : les **3 «** A » : Amaigrissement, Anorexie, Aménorrhée.

A. triade classique :

1. anorexie :

- la restriction alimentaire est délibérée +++
- la sensation de faim persiste quelque temps au début, puis disparaît.
- parfois vomissements provoqués, abus de laxatifs, diurétiques, extraits thyroïdiens...
- parfois des épisodes de boulimie qui traduisent la perte du contrôle alimentaire.
- Comportements effectués en cachette
- Préoccupés par tout ce qui touche la nourriture (collectionnent les recettes et aiment cuisiner pour les autres)
- Déni, banalisation *(ne reconnaissent pas leur problème et ne demandent pas d'aide)*

2. amaigrissement :

- Poids inférieur de 15 % au poids normal ou IMC ≤ 17,5 (Indice de masse corporelle = poids (kg) / taille (m^2))
- Aspect cachectique
- Yeux excavés, os saillant, peau sèche et rugueuse, effacement des formes féminines, joues creuses, cheveux ternes et secs, ongles striées et cassants.
- Attitude par rapport à l'amaigrissement, banalisé, dissimulé ou justifié.
- Hyperactivité : études, sorties, sport.

3. aménorrhée :

- Début coïncide ou suit l'anorexie
- Peut précéder les autres symptômes dans 20% des cas.
- Un des derniers symptômes à disparaitre.

B. symptômes associés :

1. symptômes psychiques :

Signes caractéristiques du conflit mental

- Anosognosie (non reconnaissance des troubles)
- Surinvestissement intellectuel
- Désinvestissement de la sexualité
- Influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi
- Déni de la gravité de la maigreur actuelle

2. Perturbation physiques :

- Parfois tableaux de cachexie dramatique avec :
  - Hypothermie (35°C)
  - Œdèmes carentiels
  - Bradycardie
  - Hypotension
  - Désordre hydro-électrolytique
- Anomalies de l'ECG
- Pas d'examens complémentaires spécifiques
- Signes biologiques de dénutrition
- Hypokaliémie → risque vital
- Altération dentaires définitives,…

V. <u>Diagnostic :</u>

A. <u>positif :</u>

Clinique :

- triade classique : les **3**A.
- Signes caractéristiques du conflit mental.

2 formes :

- Anorexie mentale de type restrictif :
- Anorexie mentale avec crises de boulimie / vomissement.

B. <u>différentiel :</u>

1. **Affection organique :** Maladies cachectisantes : Kc, Sida, tuberculeuse, tumeur cérébrale.

2. **Affections psychiatriques :**

- ✓ Dépression
- ✓ Schizophrénie.
- ✓ Phobies sociales ou d'aliments
- ✓ Hystérie
- ✓ Boulimie.

VI. <u>Evolution :</u>

- Fluctuation, rechutes
- Complications graves :
  - Dépression et tentative de suicide
  - Troubles somatiques sévères : **la mortalité peut atteindre 15%**
    - 1/3 guérison.
    - 1/3 stabilisation avec persistance de troubles relationnels et sexuels.

- 1/3 chronicité.

VII. Etiologies :

- **Facteurs sociaux :** accent mis par la société sur la minceur et l'exercice physique.
- **Facteurs biologiques** : activité noradrénergique diminue système opioïde.
- **Psychologique :**
  - Contexte de recherche d'indépendance et d'autonomie sociale, sexuelle et affectif.
  - Substituent ces problèmes conflictuels par des préoccupations corporelles ou pondérales

VIII. Traitement :

- Réticence à la PEC et au changement due à la crainte irrésistible de grossir et de devenir obèse
- Urgence médico-psychiatrique.

1. Hospitalisation :
   - Parfois en réanimation
   - Isoler de la famille
   - PEC multidisciplinaire.
   - Contrat / poids.
2. Médicaments :

   Antidépresseurs (IRS) parfois
3. Psychothérapie :

- Soutien ++
- Thérapies familiale*s*
- Thérapies comportementales et cognitives (TCC) ++

❖ *LA boulimie*

Trouble des conduites alimentaires le plus fréquent.

I. **Définition :** Absorption très rapide d'une très grande quantité de nourriture, survenant par accès.

II. Clinique :

A. Accès boulimique :

« Crise boulimique » brutale :

- Ingestion de nourriture :
  - Rapide, impulsive, incontrôlée
  - En grande quantité
  - En cachette … culpabilité ++
- Aliments hypercaloriques
- Absence de mastication

Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise

Fin d l'accès :

- Douleurs abdominales, nausées, vomissements provoqués
- Sentiment de **culpabilité** ou de dégout de soi.

B. stratégie de contrôle du poids :

Habituellement, pas de prise pondérale :

- Vomissements provoqués,
- Laxatifs, diurétiques,
- régime restrictif,
- Jeunes et activités physiques ++

c. **vécu affectif :**

- Angoisse, dépression ++/ culpabilité.
- Conscience du caractère morbide
- Influence excessive du poids et de la forme corporelle sur l'estime de soi.

III. Diagnostic

A. positif : Clinique : accès boulimique.

Au moins : 2 accès / semaine, pendant plus de 3 mois (DSM-IV-TR)

B. différentiel :

- Hyperphagies secondaires à des **causes organiques** : tumeur cérébrale, endocrinopathies…
- Hyperphagie secondaire à des **pathologies psychiatriques** : schizophrénie, accès maniaque…
- Autres troubles alimentaires :
  - Anorexie mentale type avec crise de boulimie.
  - Grignotage et hyperphagie → obésité.

IV. Evolution :

- 1/3 des cas → chronicité.
- *Complications :*

- *Somatiques :*
    - Fausses routes, pneumopathies
    - Ulcération : œsophage ++
    - Hémorragies digestives
    - Carries.
- *Psychiatriques :*
    - Dépression et risque suicidaire
    - Addiction : alcool, tranquillisants

VI. Etiopathogénie :

- Difficultés avec les exigences de l'adolescence.
- Mais plus expansives, coléreuses et impulsives.

VII. Traitement :

1. **hospitalisation :** Rare si échec du traitement ambulatoire.

2. **médicaments :** Anti - dépresseurs (IRS) : dépression, compulsion
3. **psychothérapie :**

- *T.C.C :*
    - ➩ restructuration cognitive.
    - ➩ nouvel apprentissage de la conduite alimentaire.
- *Psychothérapie de soutien.*

La confusion mentale

I. Introduction- définition :

- La CM se caractérise par une obnubilation de la conscience entravant le fonctionnement de toute l'activité psychique.
- Au 1er plan : baisse de la vigilance, trouble de la mémoire et désorientation temporo-spatiale.
- Souvent un délire onirique s'y observe.
- Syndrome non spécifique.
- Témoigne d'une souffrance cérébrale ➔ survient au cours d'un grand nombre d'affection : toxiques, métaboliques, méningo-encéphalitiques.
- Fréquente chez le sujet âgé.
- *Etat* généralement *aiguë, transitoire, réversible*.
- Le pronostic ne dépend pas de l'état psychique mais de l'affection causale.
- Urgence médicale.
- Etiologie organique jusqu'à preuve du contraire.

II. Sémiologie du Sd confusionnel :

A. Le début :

- Début rapidement progressif.
- Céphalées, fatigue, fluctuations de l'humeur, modifications du caractère, trouble du sommeil.
- Anxiété, sentiment d'étrangeté.
- Irritabilité, turbulence nocturne.

B. La phase d'état :

- *Présentation caractéristique* : paraît absent, comportement variable tantôt inertie, tantôt agité.
- Trouble de la conscience ++ de profondeur variable, de l'obnubulation à la stupeur.
- Niveau du trouble de conscience variable au cours de la journée.
- Perplexité / courts intervalles de lucidité.
- Désorientation temporo-spatiale ++
- *Trouble de la mémoire* : oublis à mesure, souvenirs anciens difficilement évoqués, fausse reconnaissances.
- *Troubles de la pensée et des expressions verbales*, altération du jugement, expressions verbales floues, lentes et imprécises.
- L'onirisme ++ état de rêve pathologique vécu et agi.
- Comporte des hallucinations visuelles ++ (monstres, visions), auditives, tactiles, cénesthésiques.
- Thèmes délirants d'épouvante, plus rarement mystiques ou érotiques.

- *Adhésion au délire* : vécu comme réalité ➔ comportement de lutte, fuite.
- *Les signes physiques dépendent de l'étiologie* : fièvre, perturbation du pouls, désyhydratation.
- *Le bilan biologique est indispensable* : ionogramme, recherche de toxiques …

III. Formes cliniques :

- Formes frustes : de Dc difficile
- Formes sur aiguës : importance des signes généraux
- Formes stuporeuses
- Formes agitées ➔ comportement auto ou hétéro-agressif.
- Formes délirantes.

IV. Dc positif :

- En général facile.
- Symptomatologie aiguë, fluctuante, associe obnubilation / DTS.

V. Dc différentiel :

- Bouffées délirantes aiguës
- Forme catatorique stuporeux de schizophrénie
- Mélancolie stuporeuse
- Sd de Korsakoff
- Démence / un Sd confusionnel peut compliquer l'évolution d'une démence.

VI. Evolution – pronostic :

- ✓ Le pronostic dépend de la cause du Sd confusionnel.
- ✓ Sous trt, le Sd confusionnel disparaît progressivement en quelques jours.
- ✓ Amnésie lacunaire de la période confusionnelle.

VII. Les étiologies :

- **CM d'origine infectieuse :** Méningites, Encéphalites, Septicémies
  Typhoïde, endocardite, maladies virales.
  Paludisme.
- **CM d'origine toxique :**

Intoxication aiguë alcoolique : ivresse pathologique
Episode confuso-onirique du sevrage, délirium termens +++
Intoxication aux drogues (solvants)
Intoxication médicamenteuses (suicide ou surdosage) : corticoïdes, antituberculeux…
Intoxication accidentelles et professionnelles.

- **CM au cours des affections endocriniennes et métaboliques :**

- Diabète (hypoglycémie, acido-cétose) - Hypercalcémies
- Endocrinopathies (thyroïde, hypophyse) - Encéphalopathies

- **CM au cours d'atteintes cérébro-méningées :**

Hémorragies méningées - AVC
Traumatismes crâniens
Tumeurs cérébrales
Epilepsie (post critique ou état de mal)
Post-électrochoc.

- **Affection médicales diverses.**
- **Causes psychiatriques :**

Sd confuso-onirique du post partum
Traumatismes psychiques intenses
Chocs émotionnels: guerre, catastrophe, deuil.

VIII. Traitement :

- Hospitalisation : en milieu médical, réanimation
- Chambre individuelle, calme, légèrement éclairée, mesures de sécurité
- TRT étiologique +++
- TRT symptomatiques :

- Réhydratation / équilibre hydro-électrolytique
- Action sur l'agitation et le délire : neuroleptiques incisifs IM (Haldol) / anxiolytiques (BZD) dans le délirium tremens.

DEPENDANCE ET ABUS DES DROGUES (TOXICOMANIES)

I- INTRODUCTION :

Les drogues sont des substances psychotropes, médicamenteuses ou non, qui modifient le fonctionnement psychique.
Le terme en psychiatrie recouvre les comportements d'utilisation pathologique de substances psycho-actives, et se caractérise par:
**l'impossibilité répétée de contrôler un comportement;
**La poursuite d'un comportement en dépit de connaissance de ses conséquences négatives.
L'OMS et l'APA décrivent 3 comportements distincts : l'usage, l'usage nocif ou abus et dépendances.
Le phénomène de dépendance et d'abus aux drogues constitue un problème majeur de santé publique, qui touche tous les pays.

Molécule psycho active - Psychotrope*:* substance qui agit sur le SNC en modifiant certains processus biochimiques et physiologiques, (sans préjuger de sa capacité à induire des phénomènes de dépendance, ni de son éventuelle toxicité).
L'usage correspond à un usage socialement et individuellement réglé, n'entrainant aucun dommage sanitaire, l'usage régulier correspond à un usage au moins une fois par semaine (!!!).
La dépendance est la consommation régulière, quotidienne ou pluriquotidienne liée à un besoin impérieux ; elle peut évoluer de façon chronique sur des années, ou par des périodes séparées par des intervalles libres. Celle-ci peut être psychique et/ou physique.
L'abus ou usage nocif désigne une consommation occasionnelle, il ne comporte pas de dépendance, mais il peut en favoriser l'apparition.

II- HISTORIQUE :

-Les drogues naturelles ont déjà été utilisées dans l'histoire précoce des peuples par les clients de bien-être, des rites religieux, mais également à la production d'une euphorie.
-L'usage du tabac s'est répandu en Europe après la découverte des Amériques par Christophe Colomb en 1492, deux de ses compagnons ont décrit le plaisir pris par les indigènes à fumer des cigares rudimentaires constituées de feuilles séchées d'une plante inconnue: le tabac. Pourtant on estime qu'il était déjà utilisé 2000 ans plus tôt en Amérique centrale lors de fêtes religieuses.

-Le pavot serait connu depuis le XVI° siècle av.JC. L'usage, essentiellement rituel et médicinal, du pavot remonte entre 4 000 et 3 000 ans av.JC, sur les bords de la Méditerranée et au Proche Orient (Babyloniens, Sumériens…). De ce fait la morphine constitue le plus vieux remède connu par l'homme pour lutter contre la douleur.
-Le milieu du siècle XIX avait créé la notion de toxique et de drogue pour certains produits, le début du XX siècle, sous l'impulsion américaine, créa la notion de toxicomane et de drogué pour les personnes usant de ces produits toxiques. Ainsi en **1910 est apparut le mot toxicomanie**.
-En 1969, le mot «**toxicomanie**» fut abandonné par l'OMS au profit de **pharmacodépendance** ou de **dépendance** quand existait des conduites de dépendances sans produits psycho actifs (jeux, achats et autres).
-Les concepts trop flous de toxicomanie et trop restrictif de pharmacodépendance tendent à être remplacés par celui tout aussi flou mais moins stigmatisant **d'addiction.**
-Ce concept a permis d'intégrer des catégories cliniques et conduites similaires « sans substances exogènes » (jeux, achats, activité sexuelle…etc).
-Dans les années 1980, le problème de santé publique lié à la pratique de l'injection sera amplifié par l'apparition du **SIDA** et de **l'Hépatite C et B.**
-Le XIème siècle est caractérisé par l'apparition de drogues design « designer drugs ».

III- CLASSIFICATION DES DROGUES :

La classification des psychotropes de Delay et Deniker, distinguent 3 catégories de substances selon leur activité sur le système nerveux central :

- Les psychoanaleptiques (psychostimulants) comportent : amphétamines et dérivés : cocaïne et dérivés (crack), caféine et autres xanthines, nicotine (tabac) et antidépresseurs
- Les psycholeptiques (sédatifs, ou dépresseurs du SNC) : les opiacés (opium ; morphine, codéine ; héroïne ; morphinomimétiques de synthèse), barbituriques (penthiobarbital ; amobarbital ; sécobarbital) et les hypnotiques non barbituriques et tranquillisants (BZD)
- Les psychodysleptiques (perturbateurs de l'activité mentale) : cannabis, autres hallucinogènes (LSD 25, peyotl ; mescaline, PCP), MDMA ou « ecstasy », Solvants organiques (éther, trichloréthylène, colles avec acétone ou toluène), atropiniques (artane) et Alcool éthylique.

IV- EPIDEMIOLOGIE:

- La prévalence de l'abus ou de la dépendance à une substance au cours de la vie, aux USA, parmi la population âgée de plus de 18 ans était de 16.7%.

- En 1995, 6.1% de la population âgée de 12 ans ou plus consommaient des drogues illicites.
- L'alcool et la nicotine sont les substances les plus fréquemment consommées, suivies par la marijuana, le haschisch et la cocaïne.
- L'âge moyen de la toxicomanie est d'environ 30 ans, alors que les 1 ères consommations ont lieu à l'adolescence.
-**L'enquête MedSpad 2010** : 18.4% de la tranche d'âge des 15-17 ans interrogé, déclarent avoir fumé du tabac durant la vie, la prévalence sur la vie entière de l'usage de l'alcool est de 7,7%. Durant la vie, 7,2% des jeunes de 15-17 ans ont déclaré avoir pris du cannabis ou dérivés, Chez les jeunes de 15-17 ans, la prévalence sur la vie entière de l'usage des psychotropes sans prescription médicale est de 4%.

- 5 à 10% d'infections VIH proviennent des utilisateurs de drogues par injection.
- *En Asie et en Europe, plus de 70% d'infections VIH attribuées a l'injection de opiacés.

V- CLINIQUE :

Pour aborder le tableau clinique des dépendances et abus il faut distinguer :

- La consommation aigue et/ ou massive de la substance
- La consommation chronique
- Le syndrome de sevrage (l'arrêt brutal ou non, volontaire ou non de la consommation de drogues).

  Le tableau clinique dépendra aussi de la nature de la substance.

Nous verrons, dans ce chapitre, quelques exemples des différents tableaux cliniques des substances les plus fréquemment utilisées dans notre contexte (cannabis, héroïne, et alcool).

1- L'intoxication aigue au cannabis :

La consommation massive peut entrainer chez des patients le tableau d'une bouffée délirante aigue (cours des psychoses aigues)

2- L'usage chronique d'alcool :

On les appelle signes d'imprégnation chronique .

3- Le syndrome de sevrage à l'héroïne :

- Les signes du sevrage commencent entre six à douze heures après la dernière prise et disparaissent en une semaine.
- Bâillements, larmoiement, rhinorrhée, mydriase, sueurs, angoisse.
- Après 24h : apparition des contractures musculaires, d'agitation, d'irritabilité, d'insomnie, d'anorexie, de nausées, de myalgies, de crampes abdominales et de frissons.

- 3ème jours : diarrhée, vomissement, déshydratation, tachycardie, hypertension artérielle, et angoisse majeure.
- 4-8 jours : régression de la symptomatologie, persistance possible d'une anxiété avec insomnie

VI- COMPLICATIONS ET EVOLUTION :

A- les complications :

1- Les complications psychiatriques :

1-1 Le syndrome confusionnel : lié aux opiacées est stuporeux, et hallucinatoire avec les amphétamines et les hallucinogènes.

1-2 Le syndrome déficitaire (syndrome amotivationnel): désintérêt, indifférence affective, apragmatisme, pensée pauvre et stéréotypée. Une composante dépressive s'y associe parfois.

1-3 Les psychoses :

a. Les accès psychotiques aigus (APA):

psychodysleptiques, psychostimulants

b. Les délires persécutifs à mécanismes interprétatif (effet parano) :

Ils s'observent de façon transitoire sous amphétamines et régressent spontanément à l'arrêt de l'intoxication.

c. Les pharmacopsychoses chroniques :

Ils donnent de véritables formes de délires paranoïaques ou paranoïdes de la SZP.

1-4 Les troubles de l'humeur :

a. Les syndromes dépressifs

b. Les états d'excitation euphoriques :

Fréquents sous amphétamines et même barbituriques.

2- Les complications somatiques :

2-1 l'altération de l'état général (anorexie, amaigrissement, cachexie):

2.2 Les complications infectieuses :

HIV, Hépatite virales, les septicémies avec endocardite,…etc.

2.3 Les comas :

Par surdosage le plus souvent accidentel, parfois responsable de mort ou de séquelles anoxiques cérébrales.

2.4 Les complications neurologiques :
Syndrome de Korsakoff, détériorations mentales, syndrome cérébelleux et polynévritiques, particulièrement dans les intoxications barbituriques-alcool.

B- l'évolution :

La dépendance évolue de façon chronique sur des années, ou par des épisodes séparées par des périodes de remissions complètes ou partielles (précoces ou prolongées). L'abus peut évoluer vers la dépendance et peut être épisodique
+L'évolution est plus marquée par les complications psychiatriques mais aussi somatiques.

VII- TRAITEMENT :

- Le traitement des troubles liés à une substance varie en fonction de la nature de la substance, des circonstances de l'abus, de la disponibilité des supports psychosociaux et de la structure psychopathologique du patient.
- En général il répond à deux objectifs : l'abstinence et l'amélioration de l'état physique, psychiatrique et psychosocial du patient.
- L'instauration du traitement peut se dérouler en milieu hospitalier soit en milieu ambulatoire, les indications du premier sont : l'existence de symptômes médicaux ou psychiatriques sévères, après l'échec d'un traitement en ambulatoire, quand le patient est isolé ou lorsque l'abus est particulièrement sévère ou très ancien.
- La cure de sevrage : permet une prise en charge de la dépendance physique et psychique
- La post-cure : elle permet le maintien de l'abstinence par une prise en charge PST, sociothérapique et plus ou moins chimiothérapique.
-La prévention : vise à éviter les rechutes, à éviter l'aggravation de la toxicomanie et prévenir la déchéance sociale.

ETATS DE STRESS POST TRAUMATIQUES (ESPT)
NEVROSES TRAUMATIQUES (NT)

I- INTRODUCTION – DEFINITION :

Les ESPT sont des troubles organisés et déterminés, occasionnés par un traumatisme soudain et violent débordant les capacités de défense de l'individu. Ils s'observent surtout en temps de guerre et lors des grandes catastrophes. En pratique civile, elles peuvent se développer à la suite d'une agression ou d'un accident ayant ou non comporté un traumatisme corporel. Dans le DSM IV, l'entité correspondante est retrouvée sous le nom d'état de stress post traumatique (PTSD).

II- EPIDEMIOLOGIE :

- La prévalence sur la vie entière du PTSD : 1 à 3% de la population générale. Dans les populations à risque, la fréquence peut atteindre 5 à 75% des individus.
- Le PTSD serait plus fréquent chez les femmes (grande exposition à certains traumatismes : viols, agressions). Chez le sexe masculin, il s'agit le plus souvent d'expérience de guerre.

III- CLINIQUE

Le PTSD se caractérise par des éléments cliniques comme :

- Le délai d'installation du trouble ± long, souvent silencieux sur le plan symptomatique.
- Le syndrome de répétition.
- Des symptômes généraux non spécifiques.
- Une réorganisation particulière de la personnalité

A- Les symptômes spécifiques :

1 . Débordement émotionnel :

- Accès de tremblements, crises de larmes.
- Agitation motrice désordonnée, décharges agressives.
- Réactions de sursaut avec hypersensibilité aux stimuli visuels, cutanés et surtout auditifs.

2 . Blocage des fonctions de moi :

- Il peut aller jusqu'à la prostration et la stupeur.
- Le plus souvent, il s'agit d'une apathie avec asthénie, désintérêt affectif et sexuel.

3 . Phénomène de répétition :

- A l'état de veille, il se manifeste par des ruminations conscientes, des reviviscences traumatiques ou flash back, des souvenirs hallucinatoires et des gestes de défense ou d'attaque ayant l'allure de tics.

- Dans les rêves, sous forme de cauchemars où le sujet revit l'évènement traumatisant. Les tentatives répétées pour contrôler la représentation imaginaire sont vaines, et le sujet est constamment ramené à l'expérience pathogène qu'il ne peut intégrer.

B- <u>Les symptômes non spécifiques</u> :

Ils s'installent ± rapidement. Alors que les symptômes traumatiques s'atténuent sans disparaître, des manifestations se développent :

-Troubles fonctionnels : fatigue, algies, oppression, dystonie neurovégétative, symptômes gastro-intestinaux, sur lesquels se polarise l'inquiétude du patient.

- Hypochondries.
- Accidents de conversion hystérique, parfois spectaculaire, souvent plus discret (parésie, tremblement).
- Dépression : fréquente mais masquée par des symptômes plus expressifs.
- Phobies : investissant les objets et les circonstances liées au traumatisme : phobie des lieux, des moyens de transport, et des Obsessions : rares.

C- <u>La réorganisation de la personnalité</u>

Met en jeu des mécanismes de régression, de somatisation et de projection.

● Le patient est fixé à son traumatisme par ses symptômes (phénomène de répétition), désorganisé dans son comportement, bloqué dans ses perspectives.

● Il régresse vers une attitude de dépendance passive et infantile généralement mêlée de revendication.

● Il recherche la sécurité et les gratifications affectives auprès de l'entourage médical et familial en même temps qu'il exige une réparation du préjudice subi.

● La revendication financière ne résume pas la demande du patient qui recherche estime et intérêt pour se revaloriser à ses propres yeux.

<u>VI- DIAGNOSTIC :</u>

1- **<u>Diagnostic positif</u>** : Est clinique
2- **<u>Diagnostic différentiel</u>** :

- Autres névroses
- Les réactions de frayeur psychologique et physiologique.
- Les psychoses réactionnelles.
- Les syndromes neuro-organiques post-commotionnels ou post-traumatiques
- Simulation

<u>VII- ETIOPATHOGENIE</u>

A- **<u>L'expérience traumatique</u>** : On a 3 éventualités

1-Traumatisme psychique

2-les Stress physique ou psychique peuvent être répétés : opérations militaires

3- le traumatisme peut être corporel.

B- **La personnalité du patient** :
La fragilité de l'équilibre psychique et la précarité de l'adaptation antérieure expliquent la profondeur et la durée de certaines décompensations.

C- **Les réactions de l'entourage et de la société** :
- Rôle de l'épouse par son maternage du patient, tirant elle-même des bénéfices secondaires affectifs. L'attitude du médecin : dramatise la situation, méconnaît sa signification psychologique.

D**- Les facteurs psychologiques** :
- Les théories de conditionnement : l'inhibition, met l'organisme à l'abri après une stimulation violente.
- Les théories de l'information : Le système déréglé mettrait l'organisme en retrait vis-à-vis de toute stimulation et déclencherait la répétition des réactions à des stimulations inexistantes.
- la théorie psychanalytique : la confrontation avec une expérience difficile ravive le souvenir de traumatismes antérieurs dont la prise de conscience est source d'une angoisse neutralisée par des mécanismes de refoulement et de déni. Le moi revis et tente de réduire l'anxiété.

E- Les facteurs biologiques : Un hyperfonctionnement des systèmes noradrénergique, dopaminergique, des récepteurs des BZD, serait retrouvé.

VIII- EVOLUTION :

L'évolution est différée et chronique, sans guérison spontanée.

- L'évolution à court terme : états anxio-dépressifs (TS), Troubles liés à l'utilisation de substance.
- L'évolution à moyen terme : Atténuation du syndrome de répétition, ↑ de la régression de la personnalité et des symptômes non spécifiques et Appétence toxique et alcoolique
- L'évolution à plus long terme : Apparition de sinistrose, du Délire de revendication passionnel, et Désinsertion socio-professionnelle.

IX- TRAITEMENT

A- Chimiothérapies : Les tricycliques et les IRSS.

B- Psychothérapies :

- **Les thérapies comportementales** : Les techniques d'exposition et de gestion de l'anxiété. L'hypnose et le Debriefing et abréaction
- **Les psychothérapies analytiques**

HYSTERIE
(NEVROSE HYSTERIQUE)

I/ INTRODUCTION :

C'est un trouble caractérisée par des symptômes somatiques (transitoires ou durables), sans lésions anatomiques sous jacentes et des symptômes psychiques variés paroxystiques ou durables. Ces symptômes expriment symboliquement des conflits psychologiques inconscients, selon la théorie psychanalytique.

II/ EPIDEMIOLOGIE :

- L'âge d'apparition vers 25 ans, les formes à début tardif sont rares
- On note une prédominance féminine

III/ CLINIQUE :

Nous décrirons les symptômes de conversion somatique, et psychique ou dissociatif, et la structure de personnalité histrionique.

1. Les symptômes de conversion somatique :

1.1les symptômes paroxystiques :

- Les crises de nerfs, évanouissement, crises tétaniformes ou convulsives :
Il s'agit de crises brèves, liées à une situation conflictuelle. Elles se limitent à une agitation discrète ou à une simple crise de larmes. Parfois les crises sont plus spectaculaires et se déroulent dans un état de demi conscience qui forme des décharges agressives, les fantasmes s'y expriment sous forme de scènes de terreur, de violence et d'érotisme.

-La crise pseudo convulsive/pseudo épileptoïde :
La crise commence par une ascension de la boule hystérique, se succède alors perte de conscience, sans morsure de la langue, ni perte d'urine, ni chute brutale, des convulsions désordonnées puis une phase résolutive faite de contorsions et de grands mouvements bizarres, clownesques, immobilité ou agitation. Le patient parait déchaîné, se livrant sans retenue au regard de ses spectateurs.

-Les crises syncopales : pertes brutales de conscience avec chute, survenant dans un endroit public, de durée brève.

1.2- les symptômes durables :

Ils atteignent la motricité, la sensibilité et l'activité sensorielle. Ces fonctions peuvent être touchées de façon élective ou concomitante.

a. l'atteinte motrice :

- ***Astasie abasie* :** C'est l'incapacité à la station debout et à la marche, avec des mouvements actifs possibles.
- ***Les paralysies et contractures*** : des monoplégies, des hémiplégies, des quadriplégies…… Elles peuvent concerner un membre, un doigt, ou un muscle. Il n'y a pas d'atteinte, ni de systématisation anatomique.
-***Les mouvements anormaux :*** Tremblements, mouvements choréiques, des tics, vécus dans une indifférence. Ils ont tendance à la rechute et à la chronicisation.

b. L'atteinte sensitive :

Elle est très variable dans ses localisations, volontiers méconnues du patient.
- ***Les anesthésies ou hypoésthésies:*** Peuvent être complètes ou non, intéresser une partie ou la totalité des sensibilités superficielles et profondes. Elles ne répondent pas à une distribution anatomophysiologique, et correspondent plutôt à la partie du corps qui symbolise localement la maladie pour le patient.
- ***Les algies*** : Très fréquente. Leur caractère rebelle augmente avec l'âge. Isolées ou associées à une atteinte sensitivo-motrice.

b. L'atteinte sensorielle :

- ***Les troubles visuels*** : à type de brouillard visuel, diplopie voire cécité.
- ***Surdité.***
- ***Troubles de la phonation :*** aphonie ou dysphonie (voix chuchotée à peine audible).

c. L'atteinte du système neurovégétatif :

- ***Spasmes des muscles lisses et des sphincters :*** Spasmes pharyngés, boule œsophagienne, spasmes respiratoires, spasmes vésicale et vaginale.
- ***Gros ventre hystérique*** : Dû au spasme du diaphragme et peut être le 1er temps d'une grossesse nerveuse

2. Les symptômes de conversion psychique ou dissociatifs :

Ils traduisent une altération soudaine et transitoire des fonctions normales d'intégration de la conscience, de l'identité, de la pensée et des perceptions.

2.1- Les troubles de la mémoire ou amnésie psychogène :

C'est une incapacité soudaine d'évoquer des souvenirs personnels. Les lacunes peuvent être comblées par de faux souvenirs ou des fabulations. L'amnésie frappe fréquemment de larges périodes de l'enfance. L'amnésie peut être :

- Lacunaire : Concerne un laps de temps précis.
- Sélective : Concerne un type d'événement ou un domaine précis de la vie.
- Généralisée ou continue : rare

2.2 Les troubles de la conscience :

a. Attaques de sommeil : Ou les états léthargiques progressifs : c'est un sommeil calme et durent quelques jours ou semaines.
b. Le somnambulisme : fréquent chez l'adulte.

2.3 Les troubles de perceptions :

a. Les états seconds : Sont des états de transe transitoire avec production oniroide sous la forme habituelle du rêve. Peut s'y associer le phénomène de personnalité multiple.
b. Les états crépusculaires : consistent en une expérience demie consciente de dépersonnalisation et d'étrangeté généralement centrée sur une idée fixe.
c. La dépersonnalisation : C'est une altération de l'expérience vécue et de la conscience de soi.

2.4 Les troubles de l'identité :

a. Fugue psychogène :

C'est un départ soudain du domicile, avec impossibilité de se souvenir du passé et parfois adoption d'une nouvelle identité. La fugue ne dure quelques heures voire quelques jours.

b. Personnalité multiple : rare

Elle se caractérise par la coexistence de 2 ou plusieurs personnalités distinctes, chacune d'entre elles prédominant à des moments déterminés. Souvent il s'agit d'état crépusculaire avec obnubilation et sentiment d'étrangeté ou d'états seconds avec production oniroide d'images visuelles d'allure hallucinatoire.

c. Le pseudo délire hystérique : apparaît de manière brutale, variable, non spécifique et non organisé. Les thèmes sont des croyances mystico-religieuses ou sexuelles. Ce délire s'accompagne d'un trouble qualitatif de la conscience, mais le contact est possible et le patient reste influençable, le délire est transitoire et se termine souvent en crise comme si la personne sortait d'un rêve.

3. la personnalité hystérique ou histrionique :

Elle est caractérisée par une dramatisation, un théâtralisme, une hyper expressivité émotionnelle, une affectivité superficielle et labile, une suggestibilité, un besoin excessif de séduire, d'être le centre d'intérêt d'autrui, une érotisation des relations, un égocentrisme et souvent une indulgence excessive envers soi même.

VII/ DIAGNOSTIC :

1. **Diagnostic positif :** repose sur un faisceau d'arguments d'orientation :

- Pas de lésions ni de systématisation anatomiques ni de perturbations biologiques
- Le caractère involontaire du trouble somatique ou psychique

- Le trouble subit une évolution paradoxale. Sensible à la suggestion ou aggravé par les émotions (relation temporelle avec la survenue d'un conflit affectif).
- Les 1ers troubles apparaissent en général avant 30 ans, souvent passé évocateur d'autres accidents de conversion hystérique ou un hystériques recours fréquent à des consultations médicales pour des troubles fonctionnels divers.
- Il existe des traits marqués de personnalité histrionique ou passive-dépendante
- Le trouble actuel est vécu avec une belle indifférence
- Troubles sexuels associés : frigidité, impuissance ou évitement de la sexualité

2. **diagnostic différentiel :**

- **Pathologie organique :** hyperthyroïdie, lupus, porphyrie, pathologie cardio-vasculaire, respiratoire, neurologique, les intoxications,…etc.
- **Simulation**
- **Schizophrénie ou BDA:** surtout en cas de symptômes dissociatifs.
- **Dépression, manie**
- **Les troubles anxieux**, **Hypochondrie**

VII/ EVOLUTION, PRONOSTIC, COMPLICATIONS :

1. **Evolution : est conditionnée par le milieu et les relations interpersonnelles**

- Les réactions hystériques surviennent sous forme d'accidents isolés survenant à l'occasion d'un traumatisme émotionnel
- La névrose hystérique est d'évolution chronique.

2. **Complications :**

- Les dépressions sont fréquentes, avec des TS qui ont une signification d'appel à l'aide et de fuite.
- Les troubles anxieux : l'agoraphobie et le trouble panique
- L'abus d'alcool et de drogues : compliquent surtout les troubles dissociatifs

VIII/ ETIOPATHOGENIE :

L'hystérie nait de l'imbrication de plusieurs facteurs.

1. **Théorie psychanalytique :**

Le rôle causal serait un événement traumatique, vécu dans un état hypnoïde et n'ayant pas donné lieu à une décharge émotionnelle appropriée.

Freud distingue, d'une part l'hystérie de rétention, liée à un excès d'excitation d'origine exogène ; et l'hystérie de défense qui est due à la présence de représentation mentales inacceptables.

La problématique hystérique serait un échec de la résolution du complexe d'Œdipe et une forme particulière d'aménagement de l'angoisse de castration.

2. Théorie cognitive : le défaut d'intégration de la co-occurrence des stimuli internes expliquerait l'hystérie.
3. Théorie génétique : l'existence d'un facteur génétique est admise

IX/ TRAITEMENT :

- Les symptômes de conversions isolés et paroxystiques : **l'isolement** permet de rompre les afférences socio-familiales. **La suggestion** peut suffire à faire disparaître le symptôme ainsi qu'une **écoute bienveillante** et **une attitude rassurante**. Les **anxiolytiques à demi-vie courte** visent à diminuer la charge anxieuse mais gare au risque de la pharmacodépendance.

- Les symptômes de conversion durables et chroniques : **l'hospitalisation** est indiquée pour dévalorise les bénéfices secondaires. **Des méthodes comme l'hypnose, et la psychanalyse** sont indiqués.
- La névrose hystérique : **la psychanalyse** pour modifier la personnalité.
- Le trouble dépressif : antidépresseurs.

LES PSYCHOSES
DELIRANTES AIGUES

I/ INTRODUCTION :

La psychose délirante aigue ou bouffée délirante aigue (BDA), est un délire d'installation brutale, riche et polymorphe, dont l'évolution est, parfois, rapidement et spontanément résolutive. Elle survient surtout chez les sujets jeunes. C'est une urgence psychiatrique car la symptomatologie est bruyante et le sujet devient dangereux pour lui-même et pour autrui. Elle nécessite, de ce fait une prise en charge spécifique.

II/ DESCRIPTION CLINIQUE :

- **Le début** est brusque : comme un tonnerre dans un ciel serein. La rupture avec l'état antérieur peut, parfois être discrète avec une phase prodromique
- **Les facteurs déclenchants** sont inconstants comme un choc émotionnel, échec, deuil et ou rupture avec les repères affectifs (facteur de stress).
- **Le délire** est paranoïde et il est caractérisé par : ses thèmes, ses mécanismes, sa systématisation, et le vécu affectif du patient.
  - Les thèmes délirants : variables et multiples, surtout persécution et grandeur, mais aussi de jalousie, de filiation et des idées mystico-religieuses…. Ces thèmes se succèdent et s'intriquent.
  - Les mécanises : tous peuvent être retrouvés ;
    - Hallucinations et les hallucinations intra-psychiques : appelé aussi automatisme mentale (le sujet entend des voix intérieures)
    - Interprétations erronées : interprétations déformées à partir d'un fait réel. Intuitions subites
    - Autres : intuitif, imaginaire,…etc.
  - Absence de systématisation : délire flou, mal systématisé, sans structuration ni cohérence.

- Le vécu délirant : c'est la façon dont le sujet vit son délire. Ce vécu est intense avec un bouleversement des repères personnels et extérieurs du sujet.

- Le délire s'accompagne de plusieurs autres altérations comme :
  - La dépersonnalisation et la déréalisation.
  - Les perturbations thymiques sont quasi constantes ; fréquentes et rapides. Elles oscillent entre l'euphorie, la colère et la tristesse.
  - L'anxiété : omniprésente, souvent intense.
  - Le comportement : témoigne des fluctuations de l'humeur et du vécu délirant, de l'excitation à la stupeur avec fugue, agressivité, voyages pathologiques, bagarres, actes médicaux légaux.
  - L'état de conscience n'est pas profondément altéré (à la différence de la confusion mentale). Lucidité tantôt bonne et tantôt altérée. L'attention est focalisée sur l'expérience délirante.

III/ DIAGNOSTIC POSITIF :

Il est clinique et repose sur :

1- Le début brutal, durée (aigu)
2- Le délire « paranoïde »
3- Les oscillations rapides de l'humeur
4- L'anxiété importante

IV/ ETIOLOGIE :

- Le plus souvent sans relation patente avec un agent causal : expérience délirante primaire
- Parfois psychose franchement réactionnelle à un traumatisme psychologique : deuil, déportation, emprisonnement.
- BDA secondaires à une agression cérébrale, réalisant un tableau clinique confuso-onirique.
- BDA post-toxique : après usage massif de cannabis, de LSD, ou de mescaline, réalisant une psychose induite.
- BDA du post partum immédiat réalisant la psychose puerpérale.

V/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Syndrome confusionnel

- Accès maniaque, surtout la manie délirante
- Dépression délirante
- Poussée processuelle de schizophrénie
- Autres états aigus : ivresses pathologiques, conversion psychique délirante de l'hystérie et épilepsie (fureur épileptique).

VI/ EVOLUTION ET PRONOSTIC :

A- Evolution :

- BDA évolue vers la résolution spontanée en quelques jours à quelques semaines (fin brusque ou progressive): sans conséquences, sinon sans lendemain. La BDA peut rester comme un épisode unique dans 10 à 50%
- Elle peut évoluer de façon intermittente, dans 30 à 50%/
  - Sous forme de récidives d'accès du même type.
  - Sous forme d'épisodes thymiques, évoluant vers un trouble bipolaire.
  - Vers une schizophrénie dans 20 à 60% des cas, soit en un seul tenant, soit après répétition de plusieurs accès.

B- Pronostic :

- Il existe de bons et de mauvais éléments pronostic dans le tableau suivant :

Eléments de bon Pc	Eléments de mauvais Pc
Personnalité antérieure extravertie et bien adaptée	Personnalité schizoïde, mal adaptée et repliée (introvertie, sans amis)
Début brutal, caractère aigu de l'épisode et sa rapide rétrocession	Début subaigu précédé de manifestations insidieuses
Symptomatologie comportant des éléments dysthymique important : participation affective importante	Absence de troubles de l'humeur et d'angoisse pendant l'épisode aigu, et appauvrissement des affects
Richesse et polymorphisme du délire	Pauvreté du délire
Symptomatologie comportant des signes confusionnels (obnubilation)	Absence de troubles de la conscience
Existence da facteurs précipitant	Absence de facteurs précipitant

manifestes	
Absence d'ATCD familiaux de schizophrénie	ATCD familiaux de schizophrénie

VII/ PRISE EN CHARGE :

A- Traitement de la phase aigue :

- La PDA est une urgence psychiatrique qui nécessite l'hospitalisation en milieu psychiatrique.
- Le traitement curatif se base sur les neuroleptiques comme l'haldol, zyprexa, Solian. La monothérapie est de régle.
    - En cas d'agitation importante, on peut associer un neuroleptique sédatif : Nozinan et largactil.
    - La voie injectable en IM est préféré en phase aigue (biodisponibilité, action rapide, patient non coopératif et refusant le traitement) ; puis relais par voie orale, par la suite.

B- Traitement de la phase ultérieure :

- Les symptômes psychotiques peuvent céder relativement vite au traitement. Plus rarement, ils persistent plusieurs semaines avant de disparaitre complètement.
- Il faut maintenir le traitement 12 mois.
- Mesures de réinsertion sociale et professionnelle doivent être démarrées dés l'état du patient le permet.



LES PSYCHOSES DELIRANTES CHRONIQUES

I/ INTRODUCTION :

Les psychoses délirantes chroniques sont caractérisées par la présence d'un délire chronique. L'individualité de cette entité est très discutée, en effet seule la classification française reconnaît et individualise au sein de ce groupe : les délires paranoïaques, les psychoses hallucinatoires chroniques et la paraphrénie.

La CIM 10 décrit le trouble délirant persistant, caractérisé par la survenue d'une idée délirante unique, durant parfois toute la vie. Elles peuvent parfois s'accompagner de symptômes dépressifs intermittents.

Le DSM IV décrit les troubles délirants ou l'idée EST non bizarre, durée au moins un mois. Le fonctionnement social n'est pas détérioré de façon marquée. Le DSM IV reconnaît 6 types de troubles délirants : érotomaniaque, mégalomaniaque, jaloux, persécutif, somatique et le type mixte.

L'évolution et le traitement des psychoses délirantes chroniques ne diffèrent pas de celui des autres psychoses.

II/ EPIDEMIOLOGIE :

- La prévalence du trouble délirant aux Etats-Unis se situe entre 0,025 et 0,03%.
- L'âge moyen de début est d'environ 40 ans.
- Il y a une légère prédominance féminine pour le délire érotomaniaque et masculine pour le délire de jalousie.

III/ CLINIQUE :

1- Les délires paranoïaques :

1-1 Le délire paranoïaque d'interprétation

- Le début est progressif.

- Le délire interprétatif, se construit progressivement à partir de faits exacts. Les interprétations construisent un système cohérent qui prend une signification personnelle pour le malade. C'est un délire qui s'étend, pour intégrer de façon logique, de nouvelles interprétations :

mode de développement en réseau car aucun domaine de la vie du sujet n'est à priori exclu.
Il s'accompagne d'une conviction absolue puisque chaque nouveau fait vécu, est aussitôt interprété, renforce la solidité du réseau des preuves.
- Ils peuvent exister des intuitions, des illusions perceptives, mais les hallucinatoires sont exceptionnels.
- Le thème du délire est presque constamment persécutoire, de préjudice.
- L'humeur est généralement neutre, le contact est prudent et distant ; le malade est parfaitement inaccessible aux doutes et aux objections de l'interlocuteur. Une certaine exaltation peut s'exprimer par moments pour convaincre celui-ci, ou pour expliquer ses projets de défense ou ses menaces de contre-attaque. Les actes médico-légaux ne sont pas exceptionnels, ainsi on peut observer : des plaintes, des menaces et dénonciations du persécuteur, des agressions et parfois des meurtres.
- le retentissement social et professionnel de ces délires est souvent beaucoup moins important. La maîtrise de la vie quotidienne reste possible, au prix de certaines complications (déménagements répétés, précautions multiples) et d'un évitement social important.

1-2 <u>Le délire de relation ou paranoïa sensitif (délire sensitif de Kretschmer</u> :

- Le délire se développe souvent à la suite d'événements particulièrement pénibles, d'échecs, de frustrations ou de rejets (environnement méprisant, l'isolement social ou culturel), entraînant des sentiments de honte et d'humiliation.
- Le sujet est d'abord hanté par des doutes sur la malveillance et l'hostilité de leur entourage, ils aboutissent à une certitude délirante s'accompagnant le plus souvent de thèmes dépressifs avec autodépréciation et culpabilité. Le délire ne s'étend guère au-delà du domaine relationnel et reste le plus souvent compatible avec une adaptation sub-normale.

1-3 <u>Les délires passionnels</u> :

Ce sont des délires en secteur, L'idée délirante prévalente : délire de jalousie, d'érotomanie et de revendication. Les mécanismes délirants

sont dominés par l'interprétation et l'intuition. La participation affective au délire est toujours très importante. Ils sont dits passionnels par les sentiments et les idées qui les constituent, et par la violence des émotions, et des troubles des comportements.

a- Le délire de revendication :

- Ils sont fondés sur des interprétations, reposant sur **la conviction d'un préjudice subi**. Ils conduisent tôt ou tard les patients à déposer des plaintes, des procès.

- **Les quérulents processifs :** ils affirment être lésés, ils multiplient les procès, font appel, et refusent toute réconciliation. La dangerosité de certains paranoïaques est réelle.
- **Les inventeurs méconnus :** ils sont convaincus d'avoir fait la découverte du siècle, cherchent par tous les moyens à protéger leurs inventions.
- **Les idéalistes passionnés** : ils centrent leur délire sur une idéologie mystique, social ou politique qu'ils veulent transmettre. Ils essaient à tout prix de propager leurs idées, et même à risquer leur vie.
- **Le délire de revendication hypochondriaque :** la conviction de ne pas avoir bénéficiée de soins appropriés peut conduire à des revendications agressives.

b- Le délire d'érotomanie :

- Le sujet est convaincu d'être aimé par tel ou tel personnage socialement valorisé : homme politique, vedette,…etc. La révélation repose sur un fait anodin : parole insignifiante, regard dans une foule, entraînant une certitude. Toute la vie affective est subordonnée à l'activité délirante et à son extension.
- Le délire passe par 3 phases (inconstantes) :

& la phase d'espoir et d'attente : souvent très longue. Elle se caractérise par des interventions et poursuites incessantes auprès de l'être aimé. Les preuves de l'amour de l'autre sont autant d'interprétations et d'intuitions délirantes, lorsque l'objet de l'amour, une fois sollicité de façon directe, manifeste soit de l'indifférence, soit une dénégation, soit une hostilité, son attitude même est à l'origine d'interprétations qui conduisent à des « preuves » supplémentaires.

& la phase de dépit ou de découragement : où l'espoir n'est pas exclu.

& la phase de rancune : ou apparaissent les menaces, les chantages qui risquent d'être suivis de passage à l'acte agressif.

c- Le délire de jalousie :

- Le début est lié à l'installation insidieuse d'une idée fixe de jalousie qui s'alimente d'événements minimes que le jaloux jugera significatifs. Il cherchera les preuves de l'infidélité du conjoint en le surveillant sans cesse, en le suivant dans la rue, les gestes sont interprétés comme autant de preuves.
- Un fait réel est souvent retrouvé à l'origine du délire. Il y a cependant un caractère manifestement pathologique des interprétations, comme le caractère inébranlable de la conviction et l'existence de « preuves » extravagantes présentées comme irréfutables. Il ne faut pas sous-estimer la potentialité agressive de ces délires de jalousie.

1-4 La personnalité pré-morbide :

Il existe plusieurs types de personnalité : la personnalité paranoïaque et la personnalité sensitive. Plusieurs traits sont communs à ses personnalités : hypertrophie du Moi avec rigidité, intolérance, méfiance et susceptibilité, fausseté du jugement avec tendance aux fausses interprétations.

2 - Les autres psychoses chroniques :

2-1 La psychose hallucinatoire chronique :

- Elle se caractérise par l'importance des mécanismes hallucinatoires. Elle apparaît plus tôt chez l'homme (30 à 40 ans) que chez la femme (période ménopausique).
- Le début est souvent brutal par la survenue :

& d'hallucinations auditives : leur contenu est souvent injurieux, accusateur ou menaçant. Il peut s'établir de véritables dialogues hallucinatoires, le patient répond à ses voix ; parfois pour tenter de les neutraliser, parfois il a recours à des fugues, voir des actes hétéro-agressifs.

& d'hallucinations cinesthésiques et d'hallucinations olfactives ;

& d’automatisme mentale : qui est constant, influençant la pensée : vol et devinement de la pensée et commentaires des actes. Souvent s’organise un véritable syndrome d’influence, le délirant étant soumis aux ordres et aux commandements de ces voix psychiques et acoustico-verbales qui lui imposent ses idées, ses choix et ses actes. Les réactions pathologiques sont fréquentes ; déménagement, fugues, plaintes à la police et aussi réactions agressives.

2-2 La paraphrénie :

- Elle s’observe chez des sujets d’âge mûr de 35 à 50 ans
- Le début est progressif, avec des bizarreries de conduites discrètes et un retrait affectif.
- La période d’état est caractérisée par un délire particulier, la remarquable adaptation à la réalité, la conservation des fonctions mentales de synthèse et de l’insertion familiale et socio-professionnelle. Les mécanismes prévalents sont imaginatifs et interprétatifs. La production délirante se déploie comme une fiction poétique ou romanesque, une création de faux événements et de faux souvenirs. Le délire s’enrichit comme un conte de phénomènes magiques, de déformations irréelles, et forme une histoire ou les thèmes s’entremêlent sans souci de cohérence ni de clarté.

IV/ EVOLUTION, PRONOSTIC :

- Elle est ponctuée, pour les délires paranoïaques, de moments d’excitation thymique et de réactivation du délire. On observe également des épisodes dépressifs et anxieux.
- L’évolution du délire des sensitifs est ponctuée également d’épisodes dépressifs avec souvent une note hypochondriaque.
- L’évolution, sous traitement de la psychose hallucinatoire chronique permet l’extinction des hallucinations et la mise à distance ou l’enkystement du noyau délirant.
- Les paraphrénies évoluent de façon chronique, faisant alterner pendant des années des périodes fécondes ou l’activité délirante s’enrichit et se réactive parallèlement à une exaltation de l’humeur, et des périodes de relative sédation.

V/ DIAGNOSTIC DIFFERNTIEL :

SZP, les psychoses aigues, les manies et mélancolies délirantes, les délires chroniques des éthyliques, les démences, la paralysie générale et l'épilepsie.

VI/TRAITEMENT :

1- Les délires passionnels :

- Les réactions hostiles et les passages à l'acte (persécuteur désigné, action contre le persécuteur), imposent une hospitalisation en milieu psychiatrique. Celle-ci fera appel à l'hospitalisation d'office car, il est difficile d'obtenir le consentement du paranoïaque et seule l'autorité peut lui imposer les soins, et l'hospitalisation à la demande d'un tiers fait courir le risque de poursuite ultérieure.
- Tous les NLP peuvent être utilisés.
- L'existence d'une personnalité paranoïaque doit faire moduler la distance à établir avec le paranoïaque afin de créer et de maintenir une alliance thérapeutique.

2- Les délires de relation :

Ils sont demandeurs de soins en raison des décompensations dépressives fréquentes. La mise sous ATD et NLP améliore et le délire et la thymie.

3- La psychose hallucinatoire chronique et paraphrénique :

Répondent bien aux neuroleptiques à action antiproductive.

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

I/ GENERALTES, DEFINITIONS :

La personnalité correspond à la permanence des pensées, des comportements et d'un style relationnel. Elle est dite normale lorsqu'il existe un équilibre satisfaisant entre les différentes composantes de la personnalité et l'interaction du sujet avec son environnement et son entourage. La notion de personnalité pathologique, qualifie des sujets qui, par leur manière d'être, leurs conduites et leur style relationnel sont significativement différents des personnalités « normales » ou habituelles, sans présenter pour autant les symptômes d'un trouble mental caractérisé.

La limite entre personnalité normale et pathologique est difficile à cerner car la normalité n'a pas une définition univoque.

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES
DE LA GROSSESSE, DU POST PARTUM

I/ INTRODUCTION :

La grossesse est un moment de profondes modifications physiologiques, affectives et psychologiques. La période péri-natale peut être aussi l'occasion de décompensation psychiatrique plus ou moins grave, d'aspect très divers allant de trouble névrotique léger à la psychose grave.

Il a été décrit que les troubles anxieux, dépressifs, les réactions psychosomatiques et des épisodes psychotiques se développent pendant la grossesse, en post partum on retrouve le post partum blues, les dépressions, et les psychoses puerpérales.

II/ EPIDEMIOLOGIE :

- L'incidence des psychoses puerpérales est d'une à deux femmes pour 1000 naissance, avec un pic d'incidence dans les deux à trois semaines qui suivent l'accouchement.
- La fréquence des psychoses puerpérales varie de 2 à 4% des hospitalisations féminines en psychiatrie, les ATCDS psychiatriques sont présents dans un tiers des cas.
- La dépression touche 10 à 20% de femme accouchant.

III/ CLINIQUE :

- Les troubles ont une fréquence et des aspects cliniques différents.

1- Troubles psychiques liés à l'état de gravidité :

- Ils peuvent prendre des allures cliniques et des degrés de sévérité très variables, se résumant parfois à des modifications psychologiques et comportementales mineurs et transitoires. Certains troubles peuvent nécessiter une prise en charge spécifique.

1-1 Nausées et vomissements :

- Souvent banales, au cours du premier trimestre de grossesse, dans certains cas, ils peuvent être sévères, incoercibles et entraîner des troubles nutritionnels et hydro-électrolytiques.
- Certains facteurs de risque ont été incriminés dans les vomissements gravidiques graves : la primiparité, l'âge jeune, la structure de personnalité immature et histrionique.

1-2 Troubles anxieux :

- sont très fréquentes, surtout au cours du 1er et 3ème trimestre de la grossesse.
- L'état anxieux peut être isolé : préoccupations permanentes, somatisations, troubles du sommeil. Plus rarement phobies ou obsession compulsion.

1-3 Troubles dépressifs :

- Dans la majorité des cas, tableau de dépression d'intensité légère à modérée, surtout au cours des 1ers mois de la grossesse.
- Elles sont marquées par des sentiments d'incapacité, de dépréciation, d'anxiété (les préoccupations concernant le risque d'une interruption de la grossesse, ou d'une malformation du bébé deviennent obsédantes et envahissantes), une asthénie, une dysphorie permanente avec des plaintes somatiques, dépendance affective allant parfois de paire avec une revendication tyrannique et des troubles du sommeil.
- Les facteurs incriminés sont l'âge jeune, l'ambivalence vis-à-vis de la grossesse, les ATCD d'IVG et de dépression, environnement défavorable et angoissant.
- Les formes mélancoliques ou avec des éléments psychotiques sont rares.

1-4 Réactions psychosomatiques :

Elles peuvent être sévères telles que des ulcères gastro-duodénaux, des spasmes viscéraux, un asthme, une hypertension artérielle et des dermatoses.

1-5 Episodes psychotiques :

- Un premier épisode délirant ou maniaque est exceptionnel au cours de la grossesse. Ils se manifestent par des idées délirantes à thématique de culpabilité et d'indignité, avec un risque suicidaire.

2- Troubles psychiques du post-partum :

3 grandes entités peuvent être individualisées : le post-partum blues les dépressions post-natales et les psychoses puerpérales.

2-1 Le post-partum blues :

- Survient, en général entre le 3ème et le 6 $^{ème\ jour}$. Episode habituel, banal, fugace, dure quelques heures à quelques jours seulement et passent souvent inaperçus, il n'est pas pathologique au sens strict.
- Ces troubles régressent habituellement en quelques jours.
- Les signes cliniques : Asthénie, irritabilité, labilité émotionnelle, crises de larmes inopinées, céphalées, troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, ruminations pessimistes vis-à-vis du nouveau né, avec la crainte ou le sentiment de ne pas pouvoir bien s'en occuper
- Les facteurs favorisants : primiparité, anxiété, humeur dépressive pendant la grossesse, peur de l'accouchement, niveau social bas, structure névrotique.
- L'évolution est favorisée par l'attitude réconfortante de l'entourage.
- La persistance des symptômes au-delà d'une semaine peut faire craindre une évolution vers une dépression post-partum ou l'annonce d'une psychose puerpérale (moins de 10% des cas).

2-2 Dépression du post-partum :

- Les dépressions du post-partum débutent souvent à bas bruit, 4 à 6 semaines après l'accouchement, ou prolongent un post-partum blues.
- les manifestations cliniques : fatigue, asthénie, épuisement, insomnie d'endormissement, perte de libido, sentiment culpabilisants d'incapacité à répondre totalement aux besoins de l'enfant, irritabilité et agressivité s'adressant à l'époux qui serait insuffisamment présent et aux enfants bruyants et trop exigeants.
- Un grand nombre de tableaux s'améliorent spontanément (la moitié) entre le 3ème et 6ème mois, mais d'autres ont une évolution prolongée et traînante, allant de quelques mois à plusieurs années. Certaines

femmes seront l'objet d'une récurrence en dehors d'un contexte puerpérale.

2-3 Psychoses puerpérales :

- **Urgence thérapeutique**
- Apparaît entre 5éme et le 25éme jour suivant l'accouchement
- **Début** : Brutal, précédé de manifestations rappelant le syndrome du 3éme jour, soit retardé, soit prolongé avec accentuation progressive des troubles.

La confusion s'installe progressivement, insomnie et désintérêt pour le nourrisson.

- **Phase d'état** associe :

 * des symptômes thymiques souvent en premier plan à thématique mélancolique avec risque suicidaire,

 * délire oniroide mal structuré, des troubles perceptifs, centrés sur la relation mère-enfant

 * troubles confusionnels à variation rapide dominés par la désorientation temporo-spatiale, perplexité anxieuse, onirisme transitoire, perturbations du rythme veille-sommeil.

- L'anxiété est toujours présente avec des moments de sentiments d'étrangéité, de dépersonnalisation, risque de suicide et / ou d'infanticide.
- L'évolution est généralement favorable sous traitement.
- Sa survenue est influencé par

 * Primiparité

 * Parturiente âgée de plus de 35 ans

 * ATCDS psychiatriques personnels ou familiaux

 * Personnalité immature ou limite

 * Absence d'élaboration du travail psychique préparant la maternité

 * Situation économique défavorable

IV/ EVOLUTION:

1- La tendance à la rechute :

- la rechute est possible avec ou sans traitement, d'ou l'intérêt du maintien du traitement bien au-delà de la rémission.

2- L'évolution chronique :

- Certains auteurs avancent l'hypothèse d'une psychose latente révélée par la puerpéralité.
- En général, l'évolution vers la chronicité des psychoses puerpérales est rare (10%)

3- Le risque de récidive pour les grossesses ultérieures :

- Certains facteurs sont prédilectifs de récidives : facteurs héréditaires, des traits de personnalité pré-psychotique, une mauvaise adaptation à la situation conjugale et socio-économique.

V/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

1- Pendant la grossesse :

Une **éclampsie et une néphrite hypertensive et oedémateuse**

2- Dans le post-partum :

- Eliminer une confusion mentale d'origine infectieuse
- La thrombophlébite cérébrale est le dg à éliminer.

VI/ TRAITEMENT :

En dehors des troubles psychiatriques majeurs bruyants, les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum passent souvent inaperçus, méconnus ou banalisés.

1- Au cours de la grossesse :

- En général observe la plus grande prudence et la plus grande parcimonie en matière de prescriptions de psychotropes, notamment de tranquillisants.
- Les réactions émotionnelles mineures ne relèvent pas d'une prise en charge particulière. Une attitude bienveillante et chaleureuse de l'entourage suffit à les estomper.
- Les vomissements gravidiques nécessitent le plus souvent une surveillance simple, une réassurance et dédramatisation. Mais pour les vomissements sévères incoercibles : l'hospitalisation et la correction des troubles hydro-éléctrolytiques et nutritionnels. Isolement des patientes et prise en charge psychothérapique.
- Les troubles anxieux et dépressifs : psychothérapie de soutien, écoute, dédramatisation. Lorsque la prescription d'un ATD s'avère indispensable : opter

pour les ATD de référence (imipraminiques) pour lesquels on ne connaît pas jusqu'à présent de risque tératogène.
- Les rares cas d'épisodes dépressifs majeurs de forte intensité : recours à la sismothérapie en s'entourant du maximum de précaution techniques mène souvent à une amélioration clinique notable et rapide.

2- Dans le post-partum :

- Le post-partum blues n'est pas une dépression, mais une complication émotionnelle fugace qui nécessite la réassurance. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue la possibilité de passage vers une authentique dépression.
- Les dépressions du post-partum : attitudes psychothérapiques centrées sur la relation mère/enfant. Une chimiothérapie anti-dépressive peut être nécessaire au moins temporairement.
- Les psychoses puerpérales relèvent d'une prise en charge thérapeutique associant psychothérapie et chimiothérapie.
- La chimiothérapie fait appel aux NLP après avoir interrompu l'allaitement. Doit être au-delà de l'amélioration clinique pour éviter toute réactivation des troubles.
- Les attitudes psychothérapiques ont trait aux relations mère/ bébé : introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique, à condition de disposer d'un personnel soignant formé, d'une bonne évolution clinique de la mère, et d'unités d'hospitalisation mère/ bébé spécialisées.
- Parfois, le recours à la sismothérapie permet une évolution plus rapide et plus complète.

LA SCHIZOPHRENIE (SZP)

I/ INTRODUCTION :

La SZP est une affection chronique caractérisée par la présence de symptômes psychotiques variés et multiples : idées délirantes, syndrome hallucinatoire, désorganisation de la pensée ; de l'affect ; du comportement, signes négatifs : retrait ; repli ; émoussement des affects. C'est une pathologie mentale très lourde qui touche les jeunes entre 15 et 35 ans.
La SZP est discutée sur le plan psychopathologique. Ses mécanismes restent non élucidés, et ses traitements ne l'améliorent que partiellement.

II/ EPIDEMIOLOGIE :

- La prévalence sur la vie de la SZP est de 1% dans la population générale.
- La SZP se déclare, dans la plupart des cas entre 15 à 18 ans et 35 ans et se répartit entre les deux sexes.

III/ CLINIQUE :

A- La clinique :

On oppose classiquement 2 formes de début : le début progressif, et le début brutal et entre les 2, on peut trouver un grand nombre d'intermédiaire.

A-1 Formes à début brutal :

On cherchera des facteurs déclenchants.

1- Un accès psychotique aigu : (BDA)

Il ne signe pas, à chaque fois, une entrée dans la schizophrénie.

2- un épisode thymique atypique maniaque ou dépressif :

3- Autres formes :

Le syndrome confusionnel ou des troubles de comportement auto ou hétéroagressifs voire des passages à l'acte médico-légaux : une TS inexpliquée, des impulsions meurtrières envers un proche (parricide) ou fugue inexpliquée.

A-2 Formes à début progressif : les plus fréquentes, on peut distinguer:

1- **la phase prodromique :**

- Asthénie, anorexie, désintérêt, et plaintes somatiques diverses.
- Tantôt il ne s'en soucie pas du traitement mais tantôt il craint de perdre la mémoire, de ne plus arriver à raisonner et de devenir dément.

- Le patient se laisse aller à méconnaître les exigences de la vie quotidienne, néglige ses proches, ses études et son travail, jusqu'à devenir clinophile et incurique.
- Le sujet peut devenir solitaire et renfermé, ne répondant pas aux sollicitations et parfois inexplicablement agressif ; ou il devient suspicieux sans cause apparente, se méfie de tous sans raison apparente.
- des expériences de modification du monde arrivent et sont difficiles à expliquer. Le sujet a l'impression que l'ambiance se modifie, devenant inquiétante et étrange, les autres lui paraissent hostiles, le monde s'altère et le menace ; c'est la déréalisation.
- Le sujet perd la sensation de son unité psycho physique et de son ancrage dans le sens et le monde commun ; c'est la dépersonnalisation.

2- **La phase symptomatique ou d'état :** est caractérisée par trois syndromes essentiels :

2-1- <u>La dissociation psychique</u> :

2-1-1 <u>La dissociation de la pensée :</u>

- La dissociation est la rupture de l'unité psychique qui provoque un relâchement des processus associatifs qui se traduise par :
- Le barrage (suspension) ou Fading (ralentissement) du cours des idées.
- La persévération : répétition stéréotypée des mêmes idées.
- Des réponses à côté, des sauts du coq à l'âne ou des associations absurdes, jusqu'à la diffluence.
- L'attention et la concentration sont affaiblies.
- Les troubles de langage reflètent le manque de cohérence de la pensée et perturbent les possibilités de communication. Ils se traduisent par le fading, accès de mutisme, accès de verbigerations ou d'impulsions verbales, latence des réponses, pauvreté de la parole, répétition automatique des paroles de l'interlocuteur (écholalie) ou des stéréotypies sans fin. Emploi de néologisme ou paralogisme.

2-1-2 <u>la dissociation de l'affectivité :</u>

- L'appauvrissement de l'affectivité et des réactions émotionnelles
- La froideur dans le contact, l'apparence insensible, la lenteur des réactions émotionnelles s'accompagne d'un sentiment asthénique de désintérêt, d'aboulie et d'inertie.
- La perte d'élan vital.

- Des réactions émotionnelles brutales : colère violente lors d'une frustration minime, rires immotivés, l'angoisse, désespoir inexplicable.

- L'ambivalence affective «cette tendance de l'esprit SZP à considérer dans le même temps sous leurs deux aspects négatifs et positifs les divers actes psychologiques » (Bleuler). Elle s'exprime par la simultanéité des pulsions et de sentiments contraires (amour-haine, désir-rejet, fusion-séparation).

2-1-3 la dissociation comportementale :

- elle s'exprime par l'indécision du geste ; comportement emprunté et maladroit des attitudes. Maniérisme et bizarrerie de la mimique.

- Le syndrome catatonique

- Perturbations des conduites sociales : tendance à l'isolement social, abondan des activités scolaires, professionnelles et de loisir et une rupture des liens familiaux ou affectifs. A l'extrême, un apragmatisme total avec clinophilie et mutisme, négligence corporelle, refus d'alimentation et pseudo-gâtisme.

- Un comportement impulsif reste toujours possible. Ces impulsions peuvent exprimer des mouvements instinctuels ou des pulsions archaïques : inhibition, barbouillage, coprophagie…. Les impulsions hétéro-agressives sont rares mais souvent remarquables par leur violence froide, leur imprévisibilité et leur caractère symbolique ou délirant. Les impulsions auto-agressives plus fréquentes participent au risque suicidaire élevé des SZP, on en rapproche certaines automutilations (scarifications, brûlures de cigarettes…)

2-2 Délire paranoïde :

- Tous les **mécanismes délirants** peuvent être observés, mais les plus fréquents sont les hallucinations acoustico-verbales mais peuvent être visuelles, olfactives ou cénesthésiques. On observe également des hallucinations dites psychiques et des pseudo-hallucinations à caractère non sensoriel (images mentales ou idées abstraites). Le syndrome d'automatisme mental comporte la perception par le sujet de l'énoncé ou du commentaire de ses actes, devinement de la pensée parasitée ou écho avec un syndrome d'influence.

- Les thèmes sont souvent intriqués, centrés sur des idées d'influence (fréquents), de référence, de persécution (fréquent). Les thèmes sont flous, multiples et variables dans le temps.

- La structure du délire : floue et incohérente. Paranoïde fait référence à l'absence de systématisation.

- L'adhésion au délire : est importante avec parfois même des passages à l'acte. Parfois, on observe un certain appauvrissement des thèmes.

2-3 L'autisme :

- C'est la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure.
- Notion de perte du sens de la réalité avec reconstruction d'un monde à soi,
- l'autisme explique le repli sur soi même, l'indifférence et l'impénétrabilité

B- Formes cliniques :

1. SZP paranoïde : se caractérise par la présence d'idées délirantes.
2. SZP désorganisée : se caractérise par l'absence de délire, une pauvreté du contact avec la réalité, une perturbation du comportement social et l'inadaptation de la réponse émotionnelle.
3. SZP catatonique : se traduit par le syndrome catatonique.
4. SZP indifférenciée : ne répond pas aux critères de type paranoïde, désorganisé ou catatonique.
5. SZP résiduelle : est caractérisée par l'absence De délire manifeste, d'hallucinations, de discours désorganisé ou catatonique.

VI/ DIAGNOSTIC :

A- diagnostic positif : clinique

B- diagnostic différentiel :

B-1 L es autres troubles psychotiques aigus et chroniques.
B-2 Dépression et manie délirantes
B-4 Troubles de la personnalité : schizoïde, schizotypique
B-5 Simulation et troubles factices

VII/ EVOLUTION ET PRONOSTIC :

A- Evolution : Il existe plusieurs schémas évolutifs :

- **Les évolutions oscillantes par poussées et rémissions** (totales ou partielles)
- **L'évolution continue**
- **Les évolutions vers un affaiblissement démentiel**
- **Episode isolée en rémission partielle ou complète**

B- Pronostic :

Les indicateurs de bon pronostic : les débuts aigus, l'évolution oscillante et la durée de la 1ère hospitalisation avant 45 ans inférieure à un an, la présence d'éléments réactionnels dans le déclenchement des rechutes, la bonne adaptation pré-morbide sur le plan familial et professionnel.

TRAITEMENT :

A- <u>Les traitements médicamenteux :</u>

1- Les antipsychotiques :

- Les antipsychotiques de seconde génération sont à utiliser en première intention. La monothérapie doit rester la règle, or la présence d'anxiété et/ou d'agitation peut conduire à associer un produit à polarité sédative (benzodiazépines ou antipsychotique anxio-sédatif). Les formes orales d'absorption rapide seront préférées à l'utilisation des formes injectables, sauf cas particuliers.
- L'utilisation des formes retard chez les patients non observant, après évaluation préalable de leur tolérance au moyen des formes orales sera envisagée.
- En seconde intention, les antipsychotiques conventionnels seront utilisés en minimisant les effets indésirables. Dans notre contexte ces produits restent prescrits en première intention chez la majorité des patients.
- La prévention des rechutes est un objectif fondamental. En cas d'épisode unique, il existe un consensus pour maintenir une chimiothérapie antipsychotique pendant un an. En cas de rechutes ou de récidives, il existe un accord professionnel pour la prolonger.

B- **<u>La sismothérapie</u>** : elle est efficace dans les cas de schizophrénies récentes, catatoniques, l'ancienne ne dépasserant pas 2 ans, que le début surviendrait brutalement et que la symptomatologie serait fortement saturée en manifestations affectives et hallucinatoires.

<u>C- Les psychothérapies</u>

Elles visent à aider les patients à s'adapter à la réalité et à trouver des modes relationnels satisfaisants. PST individuelle, systémique, sociothérapie,…etc.

LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)

I- INTRODUCTION :

Le TOC est constitué des obsessions et/ou des compulsions récurrentes qui sont suffisamment sévères pour entraîner une perte du temps et un sentiment marqué de souffrance. L'obsession est une irruption d'une idée, d'une pensée, ou d'une représentation dans l'esprit du sujet contre sa volonté. La compulsion est une poussée ou une incitation à l'action, vécue avec un sentiment de contrainte.

Le trait commun des obsessions et des compulsions est qu'elle :

- S'impose de façon répétitive et persistante
- s'accompagne d'un sentiment de lutte anxieuse
- Et la reconnaissance du caractère irrationnel ou disproportionné par le patient.

III- EPIDEMIOLOGIE :

- 2 à 3 % de la population générale. Sex-ratio est de 1 chez l'adulte
- Age moyen de début est 20 ans

IV- CLINIQUE :

Le TOC associe deux symptômes essentiels : les obsessions et les compulsions récurrentes, persistantes, pénibles et parfois très invalidantes.

A- Le début :

- Il est souvent progressif (sur des années), plus rarement brutal, le TOC se constituant ou s'aggravant en quelques jours.
- Les facteurs précipitants sont souvent une naissance, un décès ou une maladie d'un proche.

B- Les Obsessions :

Elle représente une pensée, une impulsion ou une représentation mentale qui est récurrente et persistante. Souvent, son contenu est douloureux, inacceptable ou anxiogène. Habituellement, une obsession est ressentie, comme intrusive dans l'esprit du patient, contre sa volonté. Cette intrusion génère une émotion anxieuse ou un sentiment de détresse importante obligeant le sujet à faire des efforts pour ignorer l'obsession ou pour la neutraliser par d'autres pensées ou actions (rituels, compulsions).

1 . Les types des obsessions :

a. Les obsessions idéatives :

Elles sont représentées par la répétition des idées (morales, religieuses….), de mots ou d'images mentales obscènes, ou des chiffres. Elles entraînent dans la vie du sujet des ruminations sans fin et des scrupules morbides. Les thèmes les plus fréquents : métaphysiques, ou religieux (l'existence de dieu…), moral (crainte d'avoir triché, crainte qu'un simple vœu hostile se réalise)

b. Les obsessions phobiques :

Elles concernent des peurs en rapport avec la crainte imaginaire d'une maladie précise (cancer, sida), d'une souillure (excréments, produits toxiques) ou d'une contamination (pollution, microbes, saleté). La peur est présente même en dehors de la présence d'objet ; il suffit que le patient pense à l'objet pour que le doute obsédant apparaisse. Ces craintes donnent lieu :

Des conduites d'évitement avec persistance de l'anxiété

L'évitement du contact (poignées de porte, mains,…).

c. Les obsessions impulsives :

Il s'agit de la peur de commettre contre sa volonté un acte absurde, ridicule, sacrilège, immorale, voire agressif ou criminel (écrire une obscénité en signant un chèque, se jeter par la fenêtre ou sous le métro…). Cette tentation d'agir lui parait prête à se réaliser de manière imminente à la moindre distraction.

La lutte anxieuse est intense, la culpabilité très grande mais l'acte redouté n'est jamais commis, tout au plus ébauché. En effet, parfois cette lutte débouche sur un rituel conjuratoire ou sur une ébauche symbolique sans entraîner pour lui ou son entourage de danger (exemple : enjamber la rambarde de la fenêtre dans le cadre d'une obsession phobique de se jeter dans le vide). Le contraste est frappant entre la volonté consciente du sujet et l'acte extrême qu'il redoute d'accomplir.

2. Thèmes des obsessions :

- Peur des contaminations et des maladies
- Préoccupation par l'ordre – symétrie
- Obsessions de précision –Perfectionnisme
- Obsessions agressives ou impulsives
- Superstitions et pensées magiques
- Autres : sexuelles, parasites,…etc.

B- Les compulsions et rituels :

1. Les compulsions :

Ce sont des actes répétitifs qui s'imposent au sujet et qu'il ne peut s'empêcher d'accomplir, sous peine d'être angoissé. Il s'agit de séquences d'actes élémentaires que le sujet doit exécuter comme un rite, dont le déroulement et la répétition sont minutieusement codifiés. Généralement une compulsion est destinée à neutraliser ou à diminuer un sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutée. Dans ce cas, il s'agit d'une compulsion réductrice d'anxiété. Cette réduction de l'anxiété n'est que temporaire, et le retour de l'anxiété exige de nouveau la répétition des rituels. Dans d'autres situations, la compulsion est génératrice d'anxiété, car elle doit obéir à des règles et des séquences rigides et parfois très élaborées afin d'aboutir à la sensation du juste «parfait ».

-Les types de compulsion : lavage–nettoyage, vérifications compulsives, Répétitions compulsives (toucher des objets, va-et-vient incessant...), compulsions de rangement, actes mentaux compulsifs (compter, prier, mots...)

2. Les rituels et vérifications :

Ce sont des formes plus élaborées d'actes compulsifs. Ils sont les conséquences d'actes élémentaires portant sur les actions quotidiennes que le sujet s'oblige à effectuer (habillage, toilette, défécation…..).

Ils peuvent être uniquement intériorisés, intimes : arithmomanie, récitation de listes de mots. Mais ils sont souvent extériorisés : lavage, rangement, toilette….

C- La personnalité Obsessionnelle Compulsive :

Elle se caractérise par des traits comme : l'importance accordée aux détails, le perfectionnisme, l'ardeur excessive au travail, l'excès de conscience, les difficultés pour déléguer à autrui, la rigidité, et l'entêtement.

V/ DIAGNOSTICS :

A- **diagnostic positif :** est clinique

B- diagnostic différentiel :

- **Les autres troubles anxieux (trouble panique, Anxiété Sociale, PTSD)**
- **Dépression**
- **Hallucinations psychiques**
- **Préoccupations excessives obsédantes :** anorexie, dysmorphophobie, hypocondrie, trichotillomanie.
- **Tics Complexes ou syndrome de Gilles-de-la-Tourette**

VI- EVOLUTION :

- 20 à 30% des patients éprouvent une amélioration clinique significative, près de la moitié ne présente qu'une relative stabilisation de leurs troubles, chez les 20 à 30% restants, les manifestations cliniques ne seront pas modifiées tout au long de l'évolution, voire s'aggraveront.
- Les patients peuvent se compliquer d'un épisode dépressif majeur, des dépendances, et des complications somatiques (eczéma,…).

VIII/ ETIOPATHGENIE :

Le TOC a des déterminants génétiques, biologiques et environnementaux.

A- Facteurs biologiques :

1- Hypothéses biochimiques : Le dysfonctionnement du système sérotoninergique est retrouvé.

2- Hypothéses génétiques : Un TOC est retrouvé chez près de 35 % des parents au premier degré de malades connus.

B- Facteurs comportementaux :

- les obsessions sont des stimuli conditionnés développés à la suite d'un apprentissage au cours duquel certaines situations ou pensées initialement neutres deviennent, en soi menaçantes et responsables d'angoisses acquises par conditionnement.
- Les compulsions se développent initialement, de fait de leur effet apaisant sur l'obsession. Elles finissent par s'organiser en stratégies actives d'évitement, ritualisées, perdant leur caractère anxiolytique.

C- Facteurs psychosociaux :

- les facteurs de personnalité.
- le modèle psycho-dynamique : Freud décrit 3 mécanismes de défense principaux : l'isolation, l'annulation et la formation réactionnelle.

IX- **TRAITEMENT :**

A- **Traitement médicamenteux :**

1- **Les antidépresseurs IRS :**

- Les ATD sont efficaces (fluoxétine, la paroxétine, l'anafranil, la sertraline,…)

2- **Les anxiolytiques** : comme traitement adjuvant

B- **Les psychothérapies :**

1. **La TCC :**

- l'exposition avec prévention de la réponse
- les thérapies cognitives sont destinées à agir sur les distorsions cognitives telles les pensées intrusives et automatiques et les croyances irrationnelles.

2. **La psychothérapie de soutien :**

TROUBLE PANIQUE ET ANXIETE GENERALISEE
NEVROSE D'ANGOISSE

I- INTRODUCTION – DEFINITION

L'anxiété est une peur sans objet, subjective, avec sentiment d'attente, et de crainte d'un danger mal défini. Elle s'accompagne de manifestations psychiques, somatiques, et comportementales. L'anxiété peut être normal, cependant, elle devient pathologique quand elle constitue une réponse univoque à des situations variables ou d'intensité disproportionnée, entraînant une souffrance du sujet, retentit sur sa vie et l'amène à demander des soins.
Le terme de névrose d'angoisse recouvre actuellement le trouble de l'anxiété généralisé et le trouble panique (avec ou sans agoraphobie).

II- EPIDEMIOLOGIE :

- La prévalence du TAG sur la vie entière, est de 9%, et celle du TP : 2%.
- L'âge moyen de survenue : 20 ans.
- La population féminine semble plus touchée.

III- CLINIQUE

A- Trouble panique :

Le trouble panique correspond à la survenue répétée de 4 attaques de panique en 4 semaines ou une AP suivie d'une anxiété anticipatoire d'au moins un mois. Celle-ci est la peur d'avoir une attaque de panique.

1- **Attaque de panique :** L'accès dure quelques minutes à quelques heures.

1-1 Le début :

Brutal, secondaire ou non à un évènement. On retrouve rarement une symptomatologie prodromique. Les épisodes sont bien délimités, atteignant leur acmé en moins de 10mn.

1-2 La phase d'état :

La crise d'angoisse associe une symptomatologie somatique, psychique et psychosensorielle.

*** Les manifestations psychiques :**

Elles sont représentées par la peur d'un danger imaginaire ou mal définit : peur de mourir, de devenir fou, d'être atteint d'une maladie grave et de ne pas pouvoir être secouru. Parfois on peut avoir une déréalisation, une dépersonnalisation et les perceptions sensorielles du sujet peuvent se modifier.

Des troubles de la conscience sont quelques fois présents de même qu'une diminution de la vigilance, avec arrêt ou accélération du cours de la pensée.

* **Les manifestations somatiques** :
Dominent le tableau clinique et comprennent :
→ ***Des symptômes cardio-vasculaires*** : tachycardie, palpitations, précordialgies, oppression thoracique, lipothymies,…..
→ ***Des symptômes respiratoires*** : dyspnée, sensation d'étouffement,…..
→ ***Des symptômes digestifs*** : spasme pharyngé (boule dans la gorge), barre épigastrique, douleurs coliques, nausées, vomissements,…..
→ ***Des symptômes génito-urinaires*** : douleurs pelviennes,…..
→ ***Des symptômes musculaires*** : tremblements, secousses musculaires, crampes.
→ ***Des symptômes neurologiques*** : céphalées, vertiges, paresthésies,……..
→ ***Des symptômes neuro-végétatifs*** : sueurs, mains mortes, sécheresse de la bouche.
***Les manifestations comportementales** de cette triple symptomatologie sont le plus souvent discrètes mais peuvent parfois être spectaculaires (cris, agitation..)

1-3 La fin :
Marquée par impression de fatigue et de soulagement.

2- Trouble panique avec ou sans agoraphobie :
Le TP peut être associé ou non à une agoraphobie : crainte de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'être secouru en cas d'AP. IL en résulte un comportement d'évitement et le besoin permanent d'être accompagné.

B- Le trouble de l'anxiété généralisée (TAG) :
Se définie comme « la peur de la peur ». C'est un état de tension anxieuse sur une période d'au moins 6 mois caractérisée par une appréhension, inquiétude, et ruminations péjoratives concernant la famille, les enfants (état de santé, réussite), la situation financière, professionnelle… et ceci sans raison objective.
Elle associe cliniquement :
→ Des manifestations somatiques : au moins 3 ou plus de symptômes retrouvés dans l'AP (attaque de panique) mais à un degré moindre.
→ Des manifestations psychiques : qui englobent plusieurs types de symptômes :
* L'attente anxieuse d'une crise d'angoisse.
* Des ruminations pessimistes qui entraînent des inquiétudes excessives et une recherche constante de réassurance.

* Une dramatisation intense, une anticipation d'un malheur à venir pour le patient ou pour ses proches. Le sujet imagine un futur dangereux ou négatif.

* Une hyperesthésie sensorielle, un état d'hyper-vigilance avec préoccupation d'évènements qui ont de fortes probabilités de ne jamais survenir.

* Des troubles du sommeil et sexuels.

C- LA PERSONNALITE ANXIEUSE

Elle est caractérisée par « une incertitude douloureuse » manifestée dans le domaine intellectuel « doute », dans le domaine affectif « sentiment d'insécurité » et dans le domaine comportemental « irrésolution ».

IV- DIAGNOSTIC :

A- Diagnostic positif : Clinique

B- Diagnostic différentiel :

→ **Les manifestations anxieuses liées à une affection organique ou à un trouble métabolique ou toxique** : IDM, angine de poitrine, troubles de rythme, asthme, OAP, Embolie pulmonaire, hyperthyroïdie, hypoglycémie…

→ **L'angoisse psychotique** :

→ **Anxiété et dépression** :

→ **Anxiété dans les névroses** :

→ **Anxiété réactionnelle** :

V- EVOLUTION – COMPLICATION – PRONOSTIC

→ **Pour le TP** :

-L'évolution spontanée : Episodique avec rémission spontanée sur plusieurs années

-L'évolution peut être marquée par des syndromes dépressifs, abus d'alcool, toxicomanies médicamenteuses (BZD), et des tentatives de suicide.

- Après un traitement, 30% des sujets sont asymptomatiques, 40% sont améliorés et 20 à 30 % sont symptomatiques.
- La comorbidité avec les autres troubles anxieux est fréquente.

→ **Pour le TAG** :

- L'évolution spontanée est chronique et continue
- Elle peut se compliquer de dépression et d'abus et de dépendance aux substances
- Le TAG peut faire le lit d'autres troubles anxieux comme le trouble panique, l'agoraphobie, et le TOC.
- L'évolution sous traitement se fait vers la rémission totale et partielle.

VI- THEORIES ETIOPATHOGENIQUES

A- Théories biologiques :

Théorie catécholaminergique :
Les récepteurs ß adrénergiques anormalement sensibles ou hyperactifs.

B- Théories génétiques : la composante génétique est trés probable

C- Théories comportementales :

L'angoisse est un comportement conditionné par la peur d'un danger réel. Tout facteur susceptible d'induire certaines des composantes d'une crise d'angoisse peut entraîner une sensation subjective d'anxiété.

D- Théories psychanalytiques :

L'anxiété est liée à une accumulation de tension sexuelle ; celle-ci ne peut être psychiquement investie et le surplus se transforme en angoisse.

VII- TRAITEMENT :

1) Traitement de l'attaque de panique :

- Une écoute attentive et signaler au patient l'origine psychologique de sa crise. On lui rappellera que la crise va naturellement céder et qu'en aucun cas sa vie n'est en danger.
- Si la crise se prolonge ou les symptômes sont très intenses, on donnera du Diazépam (Valium), un comprimé de 5 à 10 mg, Alpazolam (Xanax), un comprimé à 0,25 ou 0,50mg, Lorazépam (Temesta), un ou deux comprimés de 1mg.

2) Traitement du trouble panique :

a- Traitement médicamenteux :

- ***Les ATD sont les traitements curatifs du trouble panique***

b- Prise en charge psychothérapique :

- Information et le soutien du patient
- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

3) Traitement du TAG

Il repose sur les ATD comme traitement curatif. La PEC psychothérapique est basée sur la TCC.

TROUBLES DE L'HUMEUR

INTRODUCTION :

L'humeur est définie comme : «une disposition affective de base, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable ; oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur » (J. Delay, 1946).
Les troubles de l'humeur représentent des troubles qu'on peut regrouper autour de 2 pôles : l'un dépressif et l'autre maniaque. Ils ont connu des remaniements qui reflètent l'évolution croissante des états de connaissance.
Les nouvelles classifications (DSM IV, CIM 10) définissent des épisodes : dépressif, maniaque, hypomaniaque et mixte, dont l'évolution et l'association aboutissent à la constitution des troubles de l'humeur (bipolaires, des troubles dépressifs récurrents ou non et autres).

LES EPISODES DEPRESSIFS :

La dépression est caractérisée par un sentiment de tristesse pathologique, différent de la tristesse normale. Il représente une maladie lorsque sont soulignés une particularité étiologique ou une évolution spécifique tel le trouble bipolaire ou le trouble dépressif récurrent. Le diagnostic clinique doit être recherché et posé à cause du risque suicidaire qui peut engendrer le pronostic vital.

I- EPIDEMIOLOGIE :

- 1,5 millions de patients au Maroc
- La prévalence sur la vie du trouble dépressif majeur est de 12%
- Prédominance féminine : deux femmes pour un homme
- Age de survenu : Sujet jeune et adulte d'âge moyen

II- CLINIQUE :

Le syndrome dépressif réalise l'association clinique de symptômes thymiques, cognitifs, comportementaux, somatiques et végétatifs.
Le noyau fondamental est **l'humeur dépressive et l'inhibition psychomotrice.**

1- Humeur dépressive :

- C'est un sentiment de tristesse profonde, de découragement, qui peut atteindre la proportion d'une douleur morale. C'est une tristesse persistante, aréactive aux stimulations, incontrôlable et inconsolable.
- Elle peut être remplacée par une humeur coléreuse : instable, et entrecoupée de colères agressives, ou une hyperthymie avec hypersensibilité.

- L’humeur dépressive peut alterner avec des sentiments douloureux d’indifférence, de monotonie et d’emoussement affectif. Dans le cas extrême, c’est une incapacité d’éprouver les sentiments affectueux : anesthésie affective.

2- le ralentissement moteur (les symptômes moteurs) :

- L’attitude, la démarche et les gestes sont lents et rares, dénués de vivacité. La mimique est pauvre et monotone, le débit verbal est diminué avec une voix monotone et monocorde. Donnant parfois place à un mutisme total. À l’extrême on peut avoir une inhibition motrice qui peut aller jusqu’à la stupeur.
- Ce ralentissement peut être remplacé par une agitation à cause de l’anxiété.

3- les troubles volitionnels :

- C’est la diminution de la capacité d’effort, d’initiative, un fléchissement des tendances à agir et de la volonté : c’est la perte de l’élan vital.
- Appauvrissement des initiatives spontanées : l’aboulie

4- les troubles cognitifs :

- La concentration, l’attention et la mémoire sont diminuées
- **La pensée :** ralentie, dominée par des idées d’infériorité, de déchéance, d’impuissance, de perte de l’estime de soi, d’autodépreciation, de pessimisme et de désespoir (Bradypsychie). Parfois la pensée est monoideique ou vide.

5- les idées et conduites suicidaires :

- 80 % des patients déprimés ont des idées suicidaires.
- Le suicide peut être dû à un désire de mort exprimé, ou pensé, ou après la levée de l’inhibition : **raptus suicidaire**
- **Le mélancolique ne parle jamais de son suicide qu’il prépare.**

6- L’anxiété : fréquente

- Lorsqu’elle est importante, elle masque l’inhibition, donnant une agitation.
- Elle peut aggraver le risque suicidaire.

7- les signes associés :

7-1 l’asthénie

7-2 les troubles du sommeil :

- L’insomnie peut être : D’endormissement dans les dépressions anxieuses. Du milieu de la nuit avec réveils fréquents et des réendormissements difficiles. De la fin de la nuit avec réveils matinaux précoces.
- L’hypersomnie est possible : réveils tardifs, siestes, somnolence diurne

7-3 les troubles de l’appétit : Anorexie, rarement des de crises boulimiques

7-4 les troubles sexuels : Diminution de libido, dysfonction érectile et frigidité

7-5 les troubles digestifs et urinaires : Variables accompagnant la tension anxieuse

7-6 les troubles cardio-vasculaires : Tachycardie, bouffées vasomotrices, hypotension et bradycardie dans les dépressions ralenties

7-7 les troubles neuro-musculaires : Contractures, paresthésies, céphalées, vertiges…

IV- FORMES CLINIQUES :

1- Formes selon l'intensité :

- Intensité légère : celles ci vont de la simple fatigue durable et inexpliquée à la crise de morosité.

- Intensité moyenne : l'intensité est entre légère et sévère

- Intensité sévère : les symptômes sont marqués de façon invalidante ce qui retentit sur l'insertion socio professionnelle et familiale du sujet.

2- Formes symptomatiques :

- Avec caractères mélancoliques : l'humeur est profondément dépressive avec une douleur morale, le sujet est incurique, clinophile, et aboulique.

+ La pensée est envahie par des idées de faute, d'autodépréciation, d'indignité, de culpabilité, d'incurabilité, des idées noires et des ruminations suicidaires.

- Avec caractères psychotiques : les convictions dépressives donnent naissance à un délire congruent à l'humeur, avec des hallucinations : culpabilité, punition, damnation, ensorcellement, possession, ruine, dégradation corporelle, incurabilité, et négation d'organe (syndrome de Cotard).

- Formes anxieuses : l'anxiété et l'agitation psychomotrice peuvent cacher la symptomatologie dépressive. Le risque de raptus suicidaire est majeur.

- Autres

3- Formes selon l'âge :

- Enfant : diminution du rendement scolaire, baisse d'intérêt, tendance à l'isolement et à l'irritabilité.

- Adolescent : l'hyperphagie, l'hypersomnie et le sentiment de rejet.

- Sujet âgé : une agitation anxieuse, des préoccupations hypochondriaques, une symptomatologie obsessionnelle, la fréquence des thèmes délirants de culpabilité, de ruine, d'indignité, de négation d'organe ou de persécution.

4- Formes évolutives :

- Chronique : évolution continue depuis au moins deux ans.

- Dysthymie : la présence d'une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans avec au moins deux des symptômes suivants : anorexie ou hyperphagie, Insomnie ou hypersomnie, Baisse de l'énergie ou fatigue, Faible estime de soi, Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions, Sentiments de perte d'espoir

4- Formes à caractère saisonnier :

Il existe une relation temporelle régulière entre les épisodes dépressifs et une période de l'année (automne ou hiver).

5- Autres

V-DIAGNOSTIC:

1- Diagnostic positif : est clinique

2- Diagnostic différentiel :

- Maladies neurologiques : Parkinson, Alzheimer, l'épilepsie, les AVC, les tumeurs, les autres démences
- Deuil
- Les autres troubles mentaux : troubles anxieux, troubles somatoformes, troubles liés à l'utilisation de substances, troubles psychotiques, troubles des comportements alimentaires, troubles de l'adaptation.

VI- EVOLUTION / PRONOSTIC / COMPLICATIONS

1- Evolution :

- **Spontanée :** vers la guérison en 6 à 9 mois, le passage à la chronicité et à la récidive sont possibles.
- **Sous traitement** : l'amélioration commence en 2 à 3 semaines. La rémission totale se fait vers le 2ème mois, la guérison vers le 6ème mois. La récidive est possible et la rechute sont possibles.

VII- ETIOPATHOGENIE :

1- **Marqueurs biologiques :** Déficit NA, de la sérotonine
2- **Facteurs génétiques :** Il existe une vulnérabilité génétique
3- **Facteurs socio- psychologiques :**

- l'effet du deuil parental et des séparations parentales précoces
- les facteurs de personnalité comme l'existence d'une perte de l'estime de soi, des symptômes obsessionnels, dépendance et sensibilité aux frustrations,...etc.

+ **La théorie psychanalytique** : la perte réelle ou imaginaire de l'objet d'amour est mise en cause.
+ **Les théories cognitivistes :** rôle des cognitions négatives sur soi, sur le monde et sur le futur.

TRAITEMENT :

- L'hospitalisation doit être obligatoire devant :

* Le risque suicidaire
* L'intensité sévère, le caractère mélancolique, catatonique, psychotique de la dépression
* La participation de facteurs environnementaux dépressogènes
* Et pour la surveillance du traitement

- Une hospitalisation sous contrainte peut être indiquée.

1- Le traitement médical :

1-1 La chimiothérapie antidépressive :

Tous les ATD sont efficaces

1-2 **Les thymorégulateurs :** Indiqués en cas :
Episodes dépressif entrant dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif récurrent.

1-3 **Les antipsychotiques :** sont indiqué en cas :
Episode dépressif à caractère psychotique ou mélancolique ou entrant dans le cadre d'un trouble bipolaire.

1-4 **La chimiothérapie anxiolytique :** traitement adjuvant pour l'angoisse, l'insomnie et l'excitation psychomotrice

2- La psychothérapie : est toujours de mise quelque soit son type

3- L'ECT : est réservé en cas de CI absolues aux ATD, d'épisodes dépressifs sévères et de grossesse.

LES ETATS MANIAQUES :

Le syndrome maniaque est un état de surexcitation caractérisée par l'accélération globale des processus psychiques et comportementaux avec une humeur expansive. Il constitue avec l'état dépressif le trouble bipolaire.

1- CLINIQUE :

1-1 Phase de début :

- Elle peut être brutale ou progressive, avec ou sans facteurs déclenchants
- Il peut succéder à une phase dépressive.
- Les premiers signes de cette phase de début sont :
  * L'insomnie
  * Ensuite, subexcitation intellectuelle avec logorrhée, et graphorrhée.

1-2 Phase d'état : :

a- Une symptomatologie thymique :

- L'humeur maniaque est classiquement décrite comme euphorique, expansive. Les patients expriment un sentiment de toute puissance, d'optimisme, et de bien être. Cette exaltation de l'humeur est inadaptée au contexte.
- Toutefois, l'humeur maniaque peut être irritable. Le plus souvent les 2 symptômes coexistent.
- l'humeur maniaque est caractérisée par l'hypersyntonie et par l'hyperesthésie affective. Elle est labile, sensible au contexte émotionnel et relationnel.

b- Une excitation psychomotrice :

- Elle se manifeste par une hyperactivité comme : l'engagement dans des activités physiques excessives, une graphorrhée, des activités dont l'objet est de modifier l'environnement du sujet (ménage, rangement, décoration…).
- La logorrhée intarissable et la fuite des idées, qui à l'extrême, peuvent entraîner un discours incohérent et incompréhensible, une utilisation ludique du langage, avec des jeux de mots, le plus souvent basé sur des associations par assonances. Inversement, le mutisme peut exister.

- L'émergence de symptômes délirants et / ou hallucinatoires est observée chez un maniaque. Tous les thèmes peuvent être exprimés même si certains sont plus fréquents que d'autres tels que : les idées mégalomaniaques, de persécutions, mystiques, de mission, prophétiques, érotomaniaques, de revendication…etc.

c- Les troubles du comportement social et des conduites :

- Levée de l'inhibition sociale et une hypersociabilité, **familiarité inadaptée du contact**, une **hypersexualité,** et des comportements agressifs voir médico-légaux (vols, escroqueries, …etc.). La dangerosité du maniaque est impulsive, et non préméditée.
- **Les préoccupations altruistes**.
- Les conduites à risque (conduites automobiles, prise d'alcool et de drogues…)
- Les dépenses excessives : des investissements hasardeux, couvrir l'entourage de cadeaux, dévaliser les magasins au gré des envies passagères.

d- Les signes somatiques :

- Les maniaques peuvent dormir 2 à 3 heures par nuit, voire moins pendant des semaines, sans ressentir de fatigue.
- Des excès alimentaires ou de conduites potomaniaques. Plus fréquemment d'une réduction des apports alimentaires et hydriques avec amaigrissement et déshydratation.
- Les états d'épuisements physiques qui mettent en jeu le pronostic vital, sont actuellement exceptionnels.

2- FORMES CLINIQUES :

2-1 L'hypomanie : c'est une forme mineure de la manie.

- L'humeur est le plus souvent euphorique.
- L'hyperactivité est productive et le discours reste cohérent.
- L'hypomanie peut précéder de quelques semaines l'émergence d'un épisode maniaque.

2-2 La manie délirante :

Des thèmes délirants de grandeur, de puissance, de persécution qui sont congruents à l'humeur. Le mécanisme est imaginatif, interprétatif,….etc.

2-3 Les formes sur aiguës ou fureurs maniaques : plus rares

Elles réalisent une agitation intense avec altération de l'état général, soit l'aspect de fureur avec violence extrême, agitation avec certain degré de confusion.

3- DIAGNOSTIC :

3-1 Diagnostic positif : est clinique

3-2 Diagnostic différentiel :

a- Accès psychotique aigu

b- La confusion mentale

c- La SZP dysthymique

d- Autres : Les manies des pathologies organiques (épilepsie de type temporale, Syndrome frontal d'origine tumoral ou atrophique, Affections endocriniennes et infectieuses), **Manie et drogues (**intoxications aiguës à l'alcool, cannabis, cocaïne, amphétamines) et **Manies iatrogènes (**CTC, d'antibacillaires (rimifon), Ldopa, …etc.)

4- **EVOLUTION :**

a- Spontanée :

- Vers la guérison en 6 à 8 mois, avec risque de récidive.

b- Sous traitement :

- Favorable entre 3 et 6 semaines.
- une éventuelle inversion dépressive de l'humeur est possible.

5- Traitement :

5-1 Phase aiguë :

- La manie est une urgence psychiatrique qui nécessite l'hospitalisation avec HDT.
- Une sauvegarde de justice est quasi systématique
- La chambre doit être calme avec limitation des visites
- Le traitement fait appel :

• Aux thymorégulateurs :

Le lithium : théralithe, si CI au lithium ou si EI le valproate puis la carbamazépine

Les traitements adjuvants : BZD et les neuroleptiques

5-3 Traitement préventif : fait appel aux thymorégulateurs .

LES TROUBLES BIPOLAIRES :

Le trouble bipolaire se caractérise par l'existence d'épisode maniaque (qu'il y ait ou non des épisodes dépressifs majeurs), c'est l'ancienne PMD.

II- EPIDEMIOLOGIE :

- 1,2 %, ≈ 2,5 % est la prévalence du trouble bipolaire (I et II)
- Le sexe ratio est de 1
- L'âge de début est inférieur à 30 ans.

III/ CLINIQUE :

Le trouble bipolaire est caractérisé par la survenu d'un épisode maniaque, qu'il y est ou non d'épisode dépressif.

IV/ DIAGNOSTIC :

1- Diagnostic positif : il est clinique

2- Diagnostic différentiel :

- une affection médicale générale comme les maladies neurologiques (ex : Maladie de Parkinson), les accidents vasculaires cérébraux, les maladies endocriniennes (ex : problèmes thyroïdiens, maladie du cortisol), les maladies auto-immunes (ex : lupus érythémateux)..., il faut éliminer également un trouble de l'humeur du à une substance (drogues, médicaments, toxiques)
- un épisode dépressif.
- le deuil
- Le trouble du déficit de l'attention et d'hyperactivité.

V/ EVOLUTION:

1- Evolution :

1-1 On distingue 4 formes d'évolution du trouble :

A. Récurrent, avec guérison complète entre les épisodes.
B. Récurrent, sans guérison complète entre les épisodes.
C. Récurrent, avec guérison complète entre les épisodes.
D. Récurrent, sans guérison complète entre les épisodes.

1-2 Les troubles avec caractère saisonnier : il existe une relation temporelle entre et une période particulière de l'année.

VI/ ETIOPATHOGENIE :

1- **Facteurs génétiques :** augmentation du risque de présenter la maladie chez les apparentés de premier degré.

2- **Facteurs biologiques : Rôle de la sérotonine et des catécholamines**

3- **Facteurs socio- psychologiques :** événements de vie et facteurs de personnalité.

VII/ TRAITEMENT :

1- Traitement médicamenteux :

2-2 Les molécules :

a- Les thymorégulateurs : lithium, valproate, carbamazépine
b- Les anti psychotiques : risperidone, olanzapine……
c- Les antidépresseurs : bupropion, IRS (paroxétine, sertraline, citalopram, venlafaxine…)
d- Les BZD : clonazepam, lorazepam

LES TROUBLES ANXIEUX ET NEVROTIQUES

LES NEVROSES

INTRODUCTION :

Le concept de névrose se fonde sur le modèle psychanalytique. Regroupés dans la classe des névroses, les troubles anxieux et névrotiques étaient considérés comme des maladies de la personnalité à l'origine desquelles des facteurs psychologiques étaient prépondérants.

Les symptômes et l'angoisse, psychologiquement compréhensibles, étaient ainsi considérés comme l'expression symbolique d'un conflit intrapsychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet.

l'école psychanalytique distingue, ainsi :

- ✓ **La névrose d'angoisse** : l'angoisse est « pure », sans autres symptômes. Les crises d'angoisse sont considérées comme une simple exacerbation de l'anxiété permanente ;
- ✓ **La névrose phobique** : l'angoisse est projetée sur des situations ou des objets ;
- ✓ **La névrose obsessionnelle** : l'angoisse s'exprime dans le comportement et les pensées du sujet : idées obsédantes et rituels ;
- ✓ **La névrose hystérique** : l'angoisse est « convertie » en symptômes somatiques et psychiques.

Les symptômes névrotiques ont en commun un certain nombre de caractéristiques :

- ✓ Ils sont relativement permanents ou récidivants : la névrose est une affection chronique à la différence des réactions névrotiques aigues survenant dans des situations de stress ;
- ✓ Ils n'ont pas de cause organique ;
- ✓ Des facteurs psychologiques interviennent dans leur genèse;
- ✓ Ils diffèrent des symptômes psychotiques par : une bonne insertion à la réalité, la conscience de l'état morbide, l'absence de troubles graves du comportement (même si le fonctionnement peut être sévèrement perturbé), le caractère psychologiquement compréhensible des symptômes, et l'absence de désorganisation de la personnalité.

A partir du DSM III (1980), les grandes classifications internationales ne font plus référence au concept de névrose. Les troubles qui leur correspondent sont regroupés dans les troubles anxieux, hormis les symptômes de conversion hystériques qui ont été éclaté en troubles somatoformes et en troubles dissociatifs.

TROUBLES PHOBIQUES
(NEVROSE PHOBIQUE)

I/ INTRODUCTION :

Elle se définie par une crainte angoissante persistante et irrationnelle, déclenchée par un objet, une situation ou une personne n'ayant pas en eux même de caractère objectivement dangereux. Cette crainte est reconnue excessive et illogique par le sujet qui prend néanmoins plusieurs mesures pour ne pas y être confronté (évitement de l'objet ou de la situation phobogène, recherche d'un rassurant grâce à la présence d'une personne ou détention d'un objet à valeur conjuratoire).

III/ EPIDEMIOLOGIE :

- La prévalence de toutes les phobies chez l'adulte est de 7,6% dans la population générale.
- La prévalence des phobies sociales est de 3 à 15%, plus fréquente chez l'homme que chez la femme et débutent après la puberté.
- La prévalence des phobies simples sur 6 mois est comprise entre 5 et 10% dans la population générale, elles sont d'apparition très précoce, durant l'enfance.

IV/ CLINIQUE :

On distingue 3 types de phobies : l'agoraphobie, la phobie sociale et les phobies simples ou spécifiques.

1. L'agoraphobie :

- L'agoraphobie est la crainte de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels le sujet ne pourrait pas trouver de secours en cas de survenu brutale de symptômes pouvant l'embarrasser ou le priver de ses moyens.
- Le début peut être soudain, par l'apparition d'une attaque de panique ou progressif par l'émergence d'épisodes discrets d'anxiété. Tous les tableaux intermédiaires peuvent se voir.
- Elle peut concerner les moyens de transport, les lieux publics ou les foules. Dans les cas sévères, les patients restent confinés chez eux, n'osant plus sortir sans être accompagné d'un compagnon de confiance ou d'un objet ayant un caractère contra phobique.

2. la phobie sociale :

- C'est une peur persistante des situations dans lesquelles l'individu peut être observé par autrui ou se conduire de manière humiliante ou embarrassante.

- Les formes les plus fréquentes : peur de parler en public, peur de manger ou de boire en public, peur d'écrire devant les autres, et la phobie sexuelle qui se définit comme une peur de ne pouvoir parvenir à une réalisation sexuelle en présence d'un partenaire et de disqualifier aux yeux de ce dernier.

3. les phobies simples ou spécifiques :

- C'est une peur persistante et excessive d'un objet ou situation autre que celle d'avoir une attaque de panique ou d'être humilié ou embarrassé dans certaines situations sociales.

- Les plus fréquentes sont celles des animaux, des hauteurs, des objets coupants et pointus, des investigations médicales….

4. Les conduites contra phobiques :

- Se sont des stratagèmes utilisés pour surmonter l'angoisse phobique. On distingue les conduites d'évitement et les conduites de réassurance.

a. **Les conduites d'évitement** :

- C'est la fuite de la situation phobogène, le sujet reste cloîtré chez lui pour éviter la rue, tel autre changera le moyen de transport ou le trajet de ses déplacements. Ailleurs, l'évitement consiste en une fuite en avant avec hyperactivité voire affrontement délibérée du danger redouté et adoption d'une attitude de bravade ou de défi.

b. **Les conduites de réassurance** :

- Elle consiste à affronter la situation redoutée en compagnie d'un personnage, d'animal ou d'objet, vécu comme sécurisant : « objet contraphobique ».

5. **La personnalité phobique** :

- les principaux traits sont l'hyperémotivité qui se traduit par un état d'alerte permanent et d'inhibition. Le phobique est toujours sur le « qui vive ». L'inhibition permet l'évitement des situations redoutées particulièrement le contact avec autrui et la sexualité.

VI/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- La SZP
- La dépression
- La névrose d'angoisse
- La pathologie organique
- La peur appropriée et timidité normale
- La phobie d'impulsion : est une crainte que le sujet éprouve en présence d'objet ou de situation pouvant être utilisés de façon agressives envers les autres ou envers lui-même.
- les nosophobies : ce sont des phobies obsédantes des microbes, et les maladies. Elles diffèrent des plaintes hypochondriaques.

- La dysmorphophobie : est une certitude douloureuse de difformité, qui porte sur tout ou partie du corps avec une prédilection pour le visage, le nez en particulier (TOC et SZP).

VII/ EVOLUTION, PRONOSTIC, COMPLICATIONS :

- L'évolution de l'agoraphobie est variable, souvent marquée par des périodes de rémission entrecoupées de crises d'angoisse. Il peut exister des résolutions spontanées. Une guérison est d'autant moins probable que le trouble est installé depuis longtemps.
- Les complications du trouble phobique telles des épisodes dépressifs, dépendance à l'alcool sont rapportées. Le retentissement social, professionnel, affectif peut entraver gravement la vie du sujet. Le retentissement relationnel peut entraîner un rejet progressif du patient par le biais des personnes contra phobiques. La relation de dépendance peut avoir des conséquences importantes sur le couple.

VIII/ ETIOPATHOGENIE :

1. théorie biologique :

a- Hypothèse génétique : Il existe une composante génétique

b- **Hypothèses biochimiques :**on note une hyperactivité noradrénergique, une hyperstimulation centrale et périphérique adrénergique et noradrénergique et une hypothèse dopaminergique.

2. théorie psychanalytique :

La phobie est considérée comme un moyen d'atténuer, voire d'éviter l'angoisse liée au complexe d'oedipe.

3. théorie comportementale :

Le conditionnement classique, à partir d'une expérience traumatique initiale va se généraliser à d'autres lui ressemblant, explique la survenue de la phobie.

IX/ TRAITEMENT :

1.1 chimiothérapies :

Les BZD représentent un traitement palliatif

BB auraient un intérêt dans certaines phobies sociales

ATD : Les ATD tricycliques et les IRS ont une action curative

1.2Psychothérapies :

La thérapie comportementale : dans les phobies, les 2 méthodes employées :

La désensibilisation systématique et L'exposition in vivo et la psychothérapie d'inspiration analytique